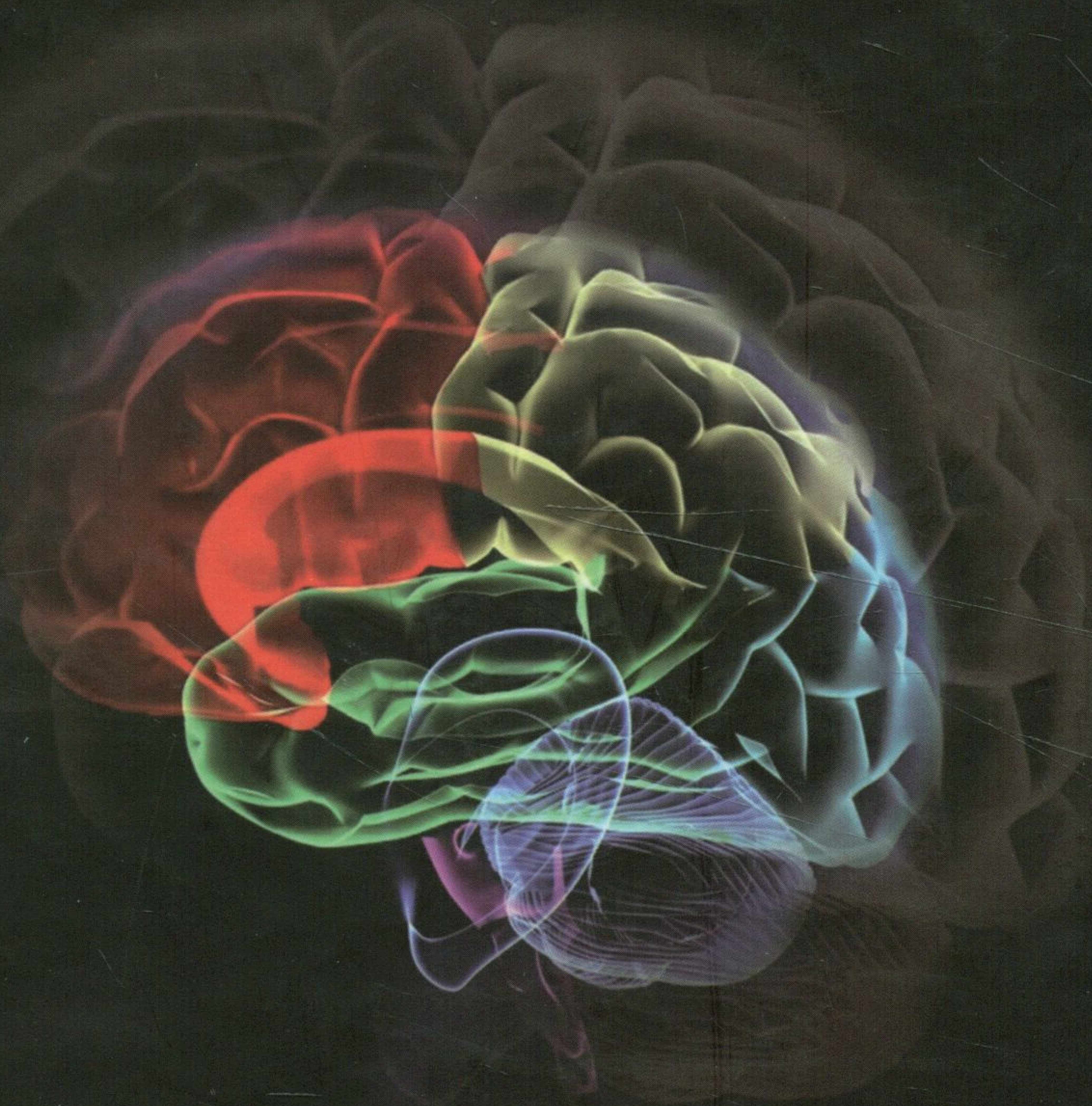
الإعاقة العقلية

الدكتـــورة
ماجدة السيد عبيد





www.darsafa.net

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ وَسَتُرَدُّونَ

إِلَىٰ عَالِمِ الْغَيْبِ وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُم بِمَا كُنتُمْ تَعْمَلُونَ ﴾

صدق الله العظيم

الإعاقة العقلية

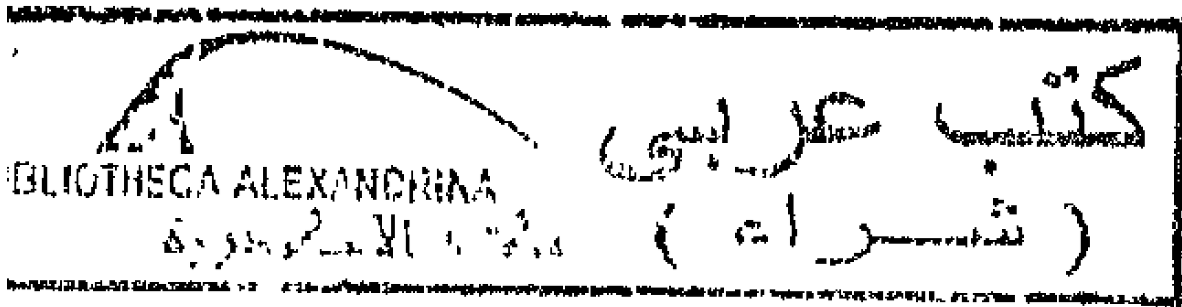
الإعاقة العقلية

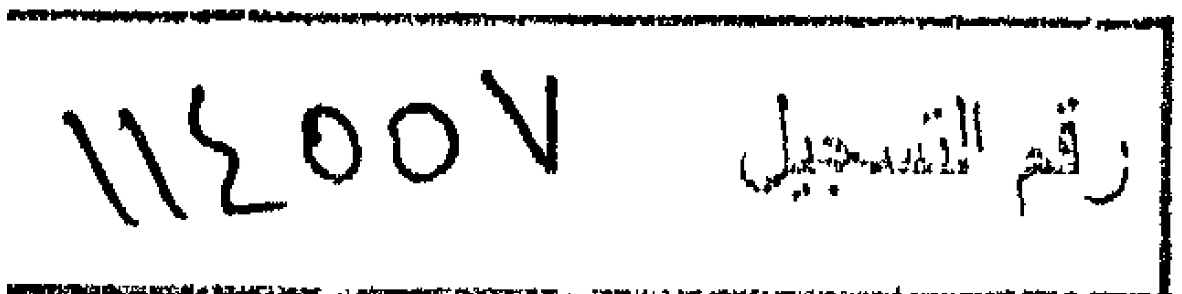
الدكتورة

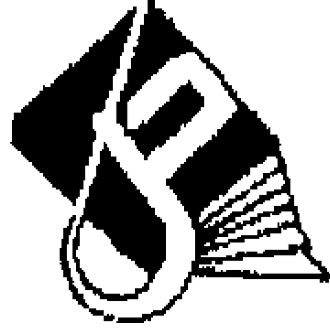
ماجدة السيد عبيد

الطبعة الثالثة مزيدة ومنقحة

2013 م - 1434 هـ







دار صفاء للنشر والتوزيع - عمان

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2030/ 6/ 2012)

362.2

الإعاقة العقلية/ ماجدة بهاء الدين السيد عبيد._ عمان:

دار صفاء، 2012

(356) ص

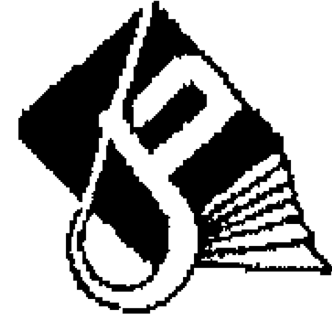
ر. أ ( )

الواصفات : / الإعاقة العقلية/

* - تم إعداد بيانات الفهرسة الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الثالثة مزيدة ومنقحة

2013 م - 1434 هـ



دار صفاء للنشر والتوزيع

عمان - شارع الملك حسين - مجمع الفحيص التجاري - تلفاكس 4612190 6 962+

هاتف: 4611169 6 962+ ص.ب 922762 عمان - 11192 الاردن

DAR SAFA Publishing – Distributing
Telefax: +962 6 4612190 – Tel: +962 6 4611169
P.O.Box: 922762 Amman 11192- Jordan
http://www.darsafa.net
E-mail:safa@darsafa.net

ISBN 9957-402-98-7 ردمك

المحتويات

الوحدة الثالثة

تشخيص الإعاقة العقلية وتصنيفها

الوحدة الرابعة

مقدمة في خصائص المعاقين عقلياً

الوحدة الخامسة

الوقاية من الإعاقة العقلية والاتجاهات العامة

الوحدة السادسة

رعاية وعلاج الإعاقة العقلية

الوحدة السابعة

المناهج التربوية للمعاقين

الوحدة الثامنة

الاتجاهات الحديثة في تعليم المعاقين عقلياً

مقدمة

الحمد لله خالق الإنسان في أحسن تقويم، والصلاة والسلام على سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم وعلى آله وصحبه وسلم، وبعد،

لقد خلق الإنسان على أحسن صورة وفي أحسن تقويم من أجل أساسيين، الأول عبادته سبحانه وتعالى، والثاني عمارة هذه الأرض.

وفي الوقت نفسه تشاء إرادته عز وجل أن يكون بيننا نحن الأصحاء أخوة لنا حرموا من بعض نعم الله التي تفضل بها على عباده فظهرت من بين فئات جميع المجتمعات، مهما كانت صغيرة أو كبيرة، متعلمة أو جاهلة، متقدمة أو نامية، فئة المعاقين.

ومع تقدم العصر وتعقد الحياة اليومية ظهرت العديد من الأسباب التي تؤدي إلى وجود المعاقين، ومع ظهور هذه الفئة في المجتمعات كان لا بد أن تتضافر الخدمات الإنسانية لهذه الفئة وجعل الحياة تبدو أكثر سهولة والعمل على تذليل العقبات والصعوبات التي قد تعترض طريقهم وذلك ليقوم المعاق بدوره الكامل في بناء المجتمع والحرص على استغلال جميع طاقات المجتمع عملاً بأهمية عدم وجود طاقات معطلة، ومن هنا ظهرت العديد من الأفكار والخطط والبرامج والخدمات من أجل تحقيق الهدف فظهرت الخدمات النفسية، والخدمات الاجتماعية، والخدمات التعليمية، والخدمات التأهيلية لمختلف الإعاقات، وتستمر الجهود المبذولة من قبل المختصين في مختلف المجالات في تطوير الخدمات المقدمة للمعاقين في المجتمع، فظهرت مراكز لرعاية المعاقين وأخرى لتأهيلهم مهنياً واجتماعياً وفنياً وتعليمياً. ومراكز متخصصة حسب نوع الإعاقة والمعروفة بمراكز التربية الخاصة. وأصبح يديرها متخصصون في رعاية المعاقين مؤهلين ومدربين وذلك من أجل

تقديم أفضل أشكال الرعاية على اختلاف أشكالها بأسلوب علمي صحيح يؤدي إلى الهدف المنشود وهو دمج المعاق بالمجتمع.

ومن خلال هذا الكتاب المتواضع (الإعاقة العقلية) أوضح فيه مفهوم الإعاقة العقلية وأسبابها وطرق الوقاية منها، وعوامل انتشار الإعاقة العقلية، كذلك تصنيف حالات الإعاقة العقلية، واتجاهات الناس و الأهل والرفاق والمهتمين نحو الإعاقة العقلية، وأنواع الرعاية والعلاج المتبعة لعلاج الإعاقة العقلية.

وسنتعرف في هذا الكتاب على أهداف تربية المعاقين عقلياً والأسس التي تقوم عليها تربية المعاقين عقلياً، ونتطلع على بعض الدراسات التي تمت لعلاج الإعاقة العقلية.

وأسأل الله التوفيق

الوحدة الأولى

مقدمة تاريخية

لمحة تاريخية

مفهوم الإعاقة العقلية

تعريف الإعاقة العقلية

1- **التعريف الطبي**

2- **التعريف السيكومتري**

3- **التعريف الاجتماعي**

4- **التعريف التربوي**

5- **تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي**

نسبة انتشار الإعاقة العقلية

العوامل المؤثرة في نسبة حدوث حالات الإعاقة العقلية

تطور حركة الاهتمام بالإعاقة العقلية في الأردن

المراكز والمدارس والمؤسسات العاملة في مجال الإعاقة العقلية

الوحدة الأولى

لمحة تاريخية

لقد عرف الإنسان منذ أقدم العصور التاريخية حالة الإعاقة العقلية، وقد اعتبرت مشكلة اجتماعية ونفسية، ويجب التعامل معها، وقد أطلق المختصون عدداً من المصطلحات للدلالة عليها، فقد سميت أحياناً الضعف العقلي، أو القصور العقلي، كذلك الشذوذ العقلي، كما سميت التخلف العقلي، أو التخلف الذهني، ويرجع تعدد هذه المصطلحات العربية إلى تعدد المصطلحات أو التسميات الأجنبية التي استخدمت للدلالة على هذه المشكلة.

لذا فقد اختلفت وجهات النظر في كيفية التعامل مع هذه المشكلة، ففي العصور الإغريقية عمل الإغريق على تشخيص حالة الإعاقة العقلية من خلال النواحي الجسمية وما يرافقها من تشوهات خلقية، وقد اعتبروا أن المعاق عقلياً غير صالح للحياة ويجب التخلص منه في مرحلة الطفولة.

أما في العصور الرومانية فقد كانوا أكثر تسامحاً في تفعيل المعاقين عقلياً، وقد حظوا بإهتمام أكثر من الإعاقات الجسدية وذلك بسبب اعتقادهم بأن المعاق عقلياً يمكن علاجه ولكن المعاقين جسمياً لا يمكن علاجهم، وكان الرومان يعتبرون الصلاحية الجسدية والعقلية مهمة جداً.

وفي العصور المسيحية الأولى تغيرت النظرة إلى المعاقين عقلياً حيث أصبحت أكثر إنسانية، إذ وفرت الأماكن الخاصة لإيواء المتخلفين عقلياً ورعايتهم، وقد تغيرت هذه النظرة الإنسانية نحو هؤلاء المعاقين في بداية العصور الوسطى حيث استخدم هؤلاء المعاقين عقلياً كوسيلة للتسلية والترفيه لأبناء الطبقة الحاكمة في بعض المجتمعات الأوروبية.

وفي عصر النهضة أصبحت النظرة أسوأ مما كانت عليه حتى أنه أطلق على هذه العصور بالنسبة للمعاقين "عصر السلاسل الحديدية" وقد وصف مارتن لوثر طفلاً متخلفاً في الثانية عشرة من عمره سليم الحواس، لكنه يعطي لنفسه حق التبول في أي مكان ويثور ويحتج إذا اعترض عليه أحد ويبكي إذا منع، ووصفه مارتن لوثر بأنه عدو الله، وقد طلب لوثر بإعدام هذا الطفل في نهر المولدا ودعا المسيحية لأن يدعوا في صلاتهم أن تخرج الروح الشريرة من جسم هذا الطفل.

ويعتبر أنطوني فيتزهيربرت أول من أبدى اهتماماً ورغبة في النظر إلى الإعاقة العقلية نظرة علمية محاولاً تعريف ما كان يسمى في ذلك الوقت بالأبله وكان ذلك عام (1534) ثم حاول جون لوك التمييز بين الأبله والمجنون بلغة ذلك العصر.

أما في العصور الإسلامية فقد كانوا أكثر تفعيلاً لهؤلاء المعاقين عقلياً حيث عرف المسلمون الكثير من الانحرافات العقلية وعن استخدام العلاج النفسي في معالجة هذه الحالات وقد استمرت هذه النظرة الإنسانية في التعامل والتقبل هذه الفئة من خلال القرآن الكريم ومن خلال الأحاديث النبوية الشريفة. وبدأ الإهتمام بالمعاقين عقلياً عام (1798).

فكانت أول محاولة فعلية لتعليم المعاقين عقلياً على يد الدكتور ايتارد الذي كان يعمل في ذلك الوقت مديراً للمعهد الوطني للصم والبكم، حيث عثر على طفل كان عارياً في غابة الافيرون الفرنسية في الفترة ما بين (1794-1798) أطلق عليه اسم "طفل الافيرون المتوحش"

وقد كان بعيداً عن أي تفاعل بشري على مدى سنوات عديدة، وقد اعتقد ايتارد أن حالة الطفل قد نجمت عن عدم توافر التفاعل الاجتماعي والخبرات التعليمية وأن بالإمكان معالجة الطفل. وعلى الرغم من أن ايتارد استطاع أن يحقق نجاحاً جزئياً في تغير السلوك التكيفي لذلك الطفل إلا أنه قد أعلن عن فشله في معالجته، وعلى الرغم من ذلك فقد أضاءت الطرق العلاجية التي استخدمها ايتارد الطريق للآخرين من بعده.

وكان على رأس هؤلاء ادوارد سيغان وهو أحد طلاب ايتارد، وقد اعترف العالم لاحقاً بجدوى الطرائق التربوية والعلاجية التي طورها سيغان للعناية بالمعاقين عقلياً، وكان لأعمال ايتارد وسيغان أثر بالغ على إنشاء المؤسسات الخاصة للمعاقين عقلياً في أوروبا وأمريكا.

أما في القرن التاسع عشر فقد ظهر الاهتمام بشكل واضح من خلال المؤسسات والمراكز الخاصة بالمعاقين والتي كانت على يد هوريس مان وصامويل جريدلي ودوريثيادكس الذين بدأوا محاولات انتشار مدارس داخلية خاصة بالمكفوفين والصم والمعاقين عقلياً ومرضى الصرع والأيتام، واهتمت هذه المدارس بشكل خاص بتوفير الحماية والتدريب على حد سواء لهؤلاء المرضى، وفي هذه الفترة أيضاً أنشأ جيجنبول السويسري أول مؤسسة في ايبنبرج اهتم فيها بتغذية النزلاء تغذية جيدة وعلاجهم بالأدوية وتدريب حواسهم الخمس وقدرتهم على التذكر، وقد اعتبرت هذه المؤسسة نموذجاً بنى على غراره كثير من المؤسسات في دول أوروبا وأمريكا، وبالرغم من فشل جيجنبول في شفاء المعاقين عقلياً وتخلي أهالي هؤلاء المعاقين عنه نتيجة لذلك، إلا أنه اعتبر أباً روحياً للمعاقين عقلياً وأستاذاً تتلمذ على يده كثير من المهتمين بهذا الميدان.

أما في الولايات المتحدة فقد بدأ الاهتمام برعاية المعاقين عقلياً عام (1850)، وذلك حين أسس سيغان أول مؤسسة لرعايتهم بعد هجرته من فرنسا إلى الولايات المتحدة سنة (1848)، وكانت مؤسسة سيغان هذه نواة لما أصبح يعرف بالجمعية الأمريكية للتخلف العقلي.

وفي عام (1922) ظهرت مؤسسة أخرى تعرف باسم جمعية الأطفال غير العاديين، وفي عام (1950) ظهرت المؤسسة الوطنية للأطفال المتخلفين.

إلا أن التفاؤل ما لبث أن تحول إلى تشاؤم وفقدان الأمل في إمكانية تعليم المعاقين عقلياً، وقد أدت عوامل عدة إلى التدهور في الخدمات المقدمة للمعاقين عقلياً، ومن بين تلك العوامل الشعور بأن الحديث عن إمكانية شفاء المعاقين عقلياً أمر مبالغ فيه، وفي تلك الحقبة الزمنية سادت فكرة موروثية الإعاقة العقلية فأصبح

ينظر إلى الإعاقة العقلية بوصفها تهديداً للمجتمع وخطراً عليه، حيث تغيرت النظرة للإعاقة العقلية واعتبرتها الدكتورة منتسوري مشكلة تربوية تعليمية أكثر من كونها مشكلة طبية، واهتمت بالتدريب الحسي الحركي الذي بدأ في الولايات المتحدة على يد سيغان.

أما كيفية اختيار المعاقين عقلياً للاستفادة من العملية التربوية فقد بدأت في فرنسا عندما طلبت الحكومة الفرنسية عام (1904) من لجنة خاصة كان يرأسها د.ثيودور سيمون وألفرد بينية أن تقرر أياً من المعاقين يمكنهم الالتحاق بالمدارس، من خلال هذه الدراسة تمكن بينية من تطوير فكرة العمر العقلي وبناء أول اختبار لقياس الذكاء، والمعروف الآن باختبار ستانفورد بينية.

وعلى الرغم من أهمية تطوير الفرد بينية لمقياس الذكاء إلا أنه رافقه حملة مجحفة بحق المعاقين عقلياً، فقد انبثق مع هذا الاختبار فئة جديدة من فئات الإعاقة العقلية وهي فئة الإعاقة العقلية البسيطة، وهذه الفئة أضافت أعداداً كبيرة جداً إلى مجتمع المعاقين عقلياً.

وفي النصف الأول من القرن العشرين حدثت تطورات مهمة على صعيد الخدمات التربوية الخاصة للمعاقين عقلياً، وقد تمثل التطور الأول بإنشاء صفوف خاصة في المدارس العادية لتعليم هؤلاء الأفراد، وفي تلك الصفوف تم تعليم الأطفال ذوي الإعاقة البسيطة، إلا أن ذوي الإعاقات الشديدة استثنوا من ذلك لأن الاعتقاد السائد حينئذ كان أن هذه الفئة الأخيرة غير قابلة للتعلم، أما التطور الثاني فكان باتجاه مضاد إذ انبثقت الممارسات المتمثلة بوضع المعاقين في مؤسسات خاصة بهدف إيوائهم وليس تربيتهم ومعالجتهم، وقد كان هذا التوجه نتاج عدة عوامل من أهمها الاعتقاد بأن الإعاقة العقلية حالة طبية غير قابلة للشفاء والتمييز الاجتماعي ضد هذه الفئات والخوف من الإعاقة العقلية للاعتقاد بأنه يرتبط بأشكال مختلفة من الجنوح الاجتماعي.

وفي عقدي الخمسينات والستينات تزايد الاهتمام في دول العالم المختلفة بالدفاع عن حقوق الأشخاص المعاقين عقلياً وتطوير البرامج التربوية والتأهيلية

الفعالة، فقد ظهرت في أمريكا عام 1962 حين تبنى الرئيس الأمريكي جون كندي رعاية المعاقين عقلياً وطلب من علماء النفس والتربية والطب والاجتماع دراسة هذه المشكلة الاجتماعية النفسية التربوية الطبية، وتقدمت هذه المجموعة بتقرير تضمن عدداً كبيراً من التوصيات كان من بينها:

1- تحسين برامج الخدمات النفسية والاجتماعية للمعاقين عقلياً ولأسرهم.

2- وضع تشريع لرعاية المعاقين عقلياً.

3- زيادة توعية الجماهير بأهمية مشكلة المعاقين عقلياً.

4- الاهتمام بالوقاية الصحية.

5- إجراء الدراسات والبحوث العلمية في هذا المجال.

وقد كان وراء هذا الاهتمام جمعيات آباء وأمهات الأفراد المعاقين عقلياً والتشريعات وزيادة وعي الناس لحجم مشكلة الإعاقة ومعرفتهم به وتغيير اتجاهاتهم نحوه، وهذا كله رافقه تغيرات هائلة في البرامج المقدمة فلم تعد المؤسسات الخاصة مجرد مكان للإيواء وإنما أصبحت تربوية وتأهيلية وعلاجية، وبدأ المجتمع يعيد تنظيم نفسه على نحو يسمح للمعاقين عقلياً في العيش في أوضاع وظروف أكثر إنسانية وذلك كله ما كان ليتحقق لولا إعداد وتدريب الكوادر الفنية ذات الكفاية المهنية العالية.

وفي أيامنا هذه يتم التركيز على أن الأشخاص المعاقين عقلياً هم أشخاص أولاً لهم حقوق وخاصة الحق في التربية والحق في المعالجة وفي عيش حياة كريمة.

أما في الوطن العربي فيبدو أن الاهتمام بالمعاقين عقلياً قد بدأ متأخراً في القطاعين الحكومي ممثلاً بوزارات التربية والتعليم، والأهلي ممثلاً بالجمعيات الأهلية، ففي مصر مثلاً بدأ الاهتمام بالمعاقين عقلياً عام (1955) حين خصصت وزارة التربية والتعليم ثلاثة صفوف في ثلاث مدارس ابتدائية لتعليم الأطفال المعاقين عقلياً في (1965) (120) صفاً، هذا بالإضافة إلى أربعة مدارس متخصصة تتسع جميعاً إلى حوالي (1180) طفلاً معاقاً عقلياً، وفي عام (1958) بدأت وزارة

الشؤون الاجتماعية أيضاً بتحمل مسؤوليتها في هذا، فأنشأت حتى مؤسسات تتسع لحوالي (400) طفل معاق تتوافر لهم فيها الرعاية النفسية والاجتماعية والتربوية والصحية.

تتبع هذه المراكز والمؤسسات المصرية الخاصة بالمعاقين عقلياً نظامين هما: نظام الرعاية النهارية، حيث يأتي الطفل المعاق إلى المراكز أو المؤسسة يومياً ويعود إلى أسرته في نهاية الدوام اليومي، ونظام الرعاية الداخلية أو الإقامة المؤقتة، حيث يقيم الطفل المعاق في المراكز ويخرج لزيارة أسرته في نهاية الدوام اليومي، ونظام الرعاية الداخلية أو الإقامة المؤقتة، حيث يقيم الطفل المتخلف في المراكز ويخرج لزيارة أسرته في عطلة نهاية الأسبوع.

وفي الكويت بدا الاهتمام بالمعاقين عقلياً عام (1960) بإنشاء مركزين للمعوقين عقلياً أحدهما للذكور والآخر للإناث، وفي عام (1965) أنشأت وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل مؤسسة ضعاف العقول لرعاية حالات التخلف العقلي الشديد.

أما في سورية ولبنان فقد بدأ الاهتمام الفعلي عام (1960) حين أنشأت جمعية الإنعاش الاجتماعي في لبنان مؤسستين أهليتين الأولى باسم (مؤسسة الأمل) والثانية باسم (مؤسسة القديس لوقا) يقبل الطفل فيهما من سن (6-17) سنة، وتهتم المؤسستان بالتدريب المهني إلى جانب التعليم المدرسي والتدريب الاجتماعي. وفي سوريا أيضاً أنشئت مؤسستان لرعاية المعاقين عقلياً، تأسست الأولى في دمشق عام (1960) تابعة لجمعية النهضة الإسلامية، والثانية في حلب عام (1962) تابعة لجمعية المقاصد الخيرية، وتقتصر خدمات هاتين المؤسستين على إيواء المتخلفين من الكبار وفي سنة (1979) أنشأت وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل في سورية معهد للتربية الخاصة للمعاقين عقلياً وآخر للتأهيل المهني.

وهكذا أصبح ميدان التربية الخاصة ميداناً متخصصاً له جذوره الممتدة والمتصلة بعلوم النفس والطب والتربية والأعصاب والاجتماع والقانون، كما أصبح أخصائي التربية الخاصة معلماً بارزاً من معالم تربية الأطفال غير العاديين في

الدول النامية والمتقدمة على حد سواء. وما يدل على نمو ميدان التربية الخاصة اهتمام الدول النامية والمتقدمة بالأفراد غير العاديين، وتبدو على سبيل المثال مظاهر ذلك الاهتمام في ظهور العديد من الجمعيات، والمنظمات، والهيئات، والمؤسسات التي تعنى بالأفراد من حيث وسائل تشخيصهم ووضع البرامج التعليمية والعلاجية المناسبة لهم، كما يبدو ذلك الاهتمام في عقد المؤتمرات والندوات التي تُعنى بالأطفال غير العاديين، وعقد الدورات التدريبية للعاملين في ميدان التربية الخاصة، وزيادة عدد المراكز والمدارس التي تُعنى بالأطفال غير العاديين، وظهور برامج جديدة في المدارس العادية تهتم بالأطفال غير العاديين مثل برامج الدمج الأكاديمي والصفوف الخاصة الملحقة بالمدارس العادية، ووحدات التربية الخاصة في المدارس العادية، كما يبدو ذلك الاهتمام في البرامج الأكاديمية على مستوى البكالوريوس والماجستير والدكتوراه في مجال التربية الخاصة في عدد غير قليل من الجامعات الأميركية المشهورة، وفي الدول الأوروبية، والعربية.

مفهوم الإعاقة العقلية:

تقع ظاهرة الإعاقة العقلية ضمن اهتمام فئات مهنية مختلفة، ولهذا فقد حاول المختصون في ميادين الطب والاجتماع والتربية وغيرهم التعرف على هذه الظاهرة من حيث طبيعتها ومسبباتها، وطرق الوقاية منها، وأفضل السبل لرعاية الأشخاص المعاقين عقلياً، ولم يتوقف الأمر عند ذلك، فقد استدعى التوسع الكبير في الخدمات المقدمة للمعاقين عقلياً وتنوع تلك الخدمات قيام المجتمعات المختلفة بوضع الضوابط والمعايير التي تحدد أهلية الفرد للاستفادة من تلك الخدمات وتحديد الشروط الواجب توافرها في الخدمات اللازمة وبناء عليه فقد جعل هذا التطور قضية الإعاقة موضوعاً اجتماعياً اهتم به المشرعون وأهل السياسة والحكام من باب اهتمامهم بوضع الأنظمة والقوانين المختلفة المتعلقة بالمعاقين عقلياً وتنظيم الخدمات المقدمة لهم، كما اهتم بها أولياء الأمور الذين يهمهم أن يتلقى أطفالهم المعاقين الخدمات المناسبة.

وحيث أن الإعاقة بشكل عام والإعاقة العقلية بشكل خاص ظاهرة لا تعترف بالحدود الاجتماعية ويمكن أن يتعرض لها على حد سواء الأسر الفقيرة والغنية وغيرها.. الخ، فإنها بحق ظاهرة استرعت بدرجات متفاوتة اهتمام مختلف الفئات المهنية والعملية إلى درجة من الاختلاف في فهم هذه الظاهرة وتحديد كنهها ومسبباتها، حيث حاول الأطباء تفسيرها وفقاً لإطارهم المرجعي، بينما حاول المختصون الاجتماعيون تفسيرها وربطها بالمتغيرات الاجتماعية والثقافية في الأسرة والبيئة المحيطة، وكذلك فعل علماء النفس والتربية حيث انطلقوا في تفسيراتهم من خلفياتهم الأكاديمية والمهنية وقدموا العديد من التفسيرات القائمة على النظريات السيكولوجية والتربوية المختلفة.

وفي ضوء ما سبق يمكن القول أن الباحث في مجال الإعاقة العقلية يواجه مشكلة تعدد المفاهيم التي يتداولها المتخصصون والعاملون في هذا الميدان، واستخدامهم المصطلح الواحد بمعان مختلفة، فقد استخدم الباحثون الإنجليز والأمريكان مصطلحات من قبل بدون عقل، وصغير العقل، نقصان العقل، وفي أواخر الخمسينات تخلوا عن هذه المصطلحات واستخدموا مصطلح التخلف العقلي، واصطلاح التأخر العقلي، أما الباحثون العرب، فقد استخدموا مصطلحات كثيرة منها القصور العقلي، والنقص العقلي، والضعف العقلي، والتأخر العقلي والشذوذ العقلي، والإعاقة العقلية، ويرجع هذا التعدد إلى ظروف ترجمة المصطلحات الإنجليزية، فبعض الباحثين ترجمها ترجمة حرفية، والبعض الآخر ترجمها بحسب مضمونها، واختلفوا في تحديد هذا المضمون، والتخلف العقلي ليس مرضا كالسرطان أو السل أو غير ذلك ولكنه حالة.

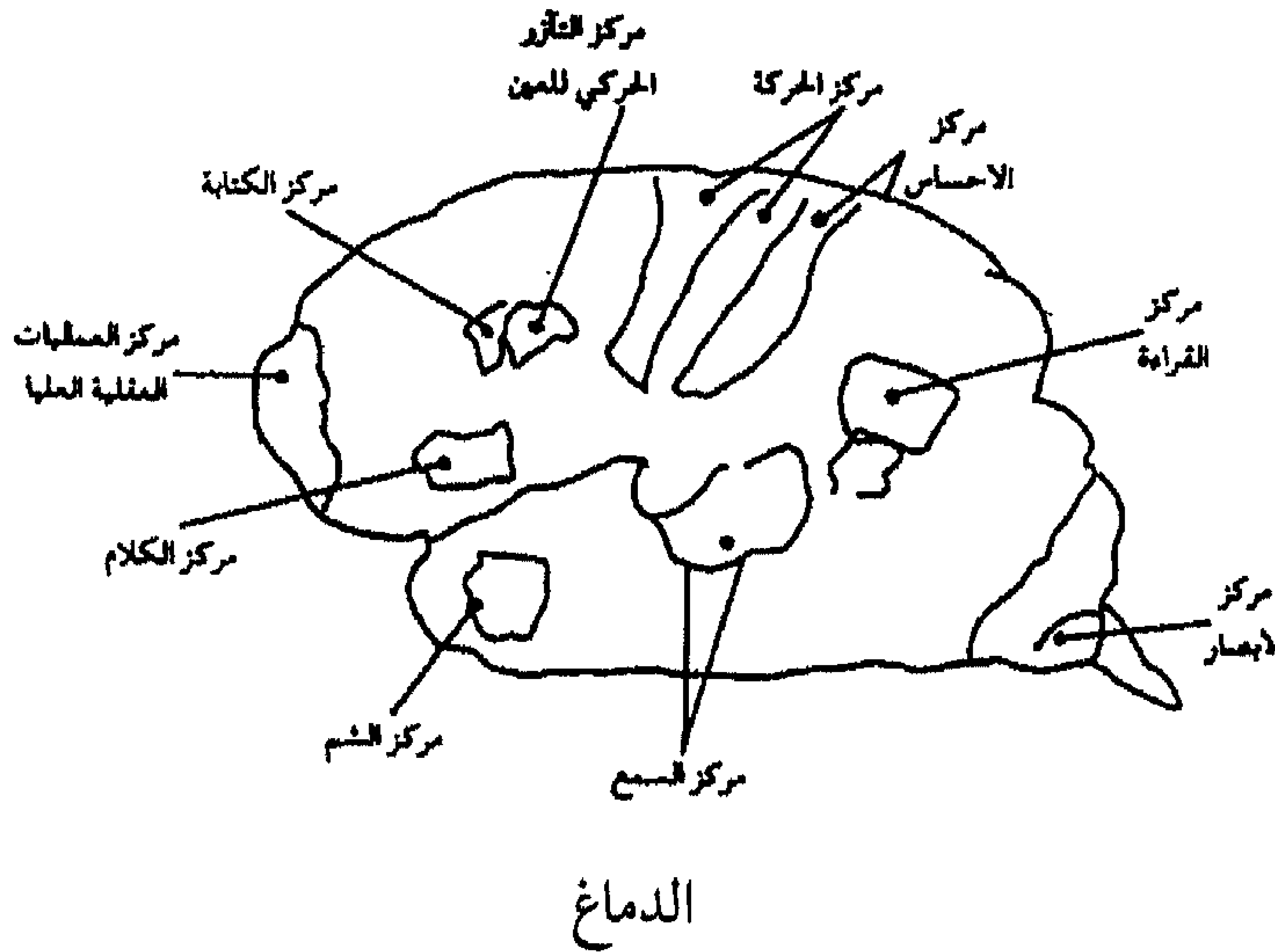
تعريف الإعاقة العقلية:

تعتبر عملية الإعاقة العقلية من العمليات الصعبة والمعقدة، ومن ثم فإن التعرف على حالات الإعاقة العقلية والأساليب المختلفة لمواجهة هذه الحالات وعلاجها، لا تزال حتى الآن أمور بالغة التعقيد، ولكن قد يكون من المناسب استعراض بعض التعريفات الفنية والسيكولوجية والاجتماعية.

1- التعريف الطبي.

يعتبر التعريف الطبي من أقدم تعريفات حالة الإعاقة العقلية، إذ يعتبر الأطباء من أوائل المهتمين بتعريف وتشخيص ظاهرة الإعاقة العقلية وقد ركز التعريف الطبي على أسباب الإعاقة العقلية، ففي عام (1900) ركز ايرلاند على الأسباب المؤدية إلى إصابة المراكز العصبية، والتي تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة، وفي عام (1908) ركز تريدجولد على الأسباب المؤدية إلى عدم اكتمال عمر الدماغ سواء كانت تلك الأسباب قبل الولادة أو بعدها.

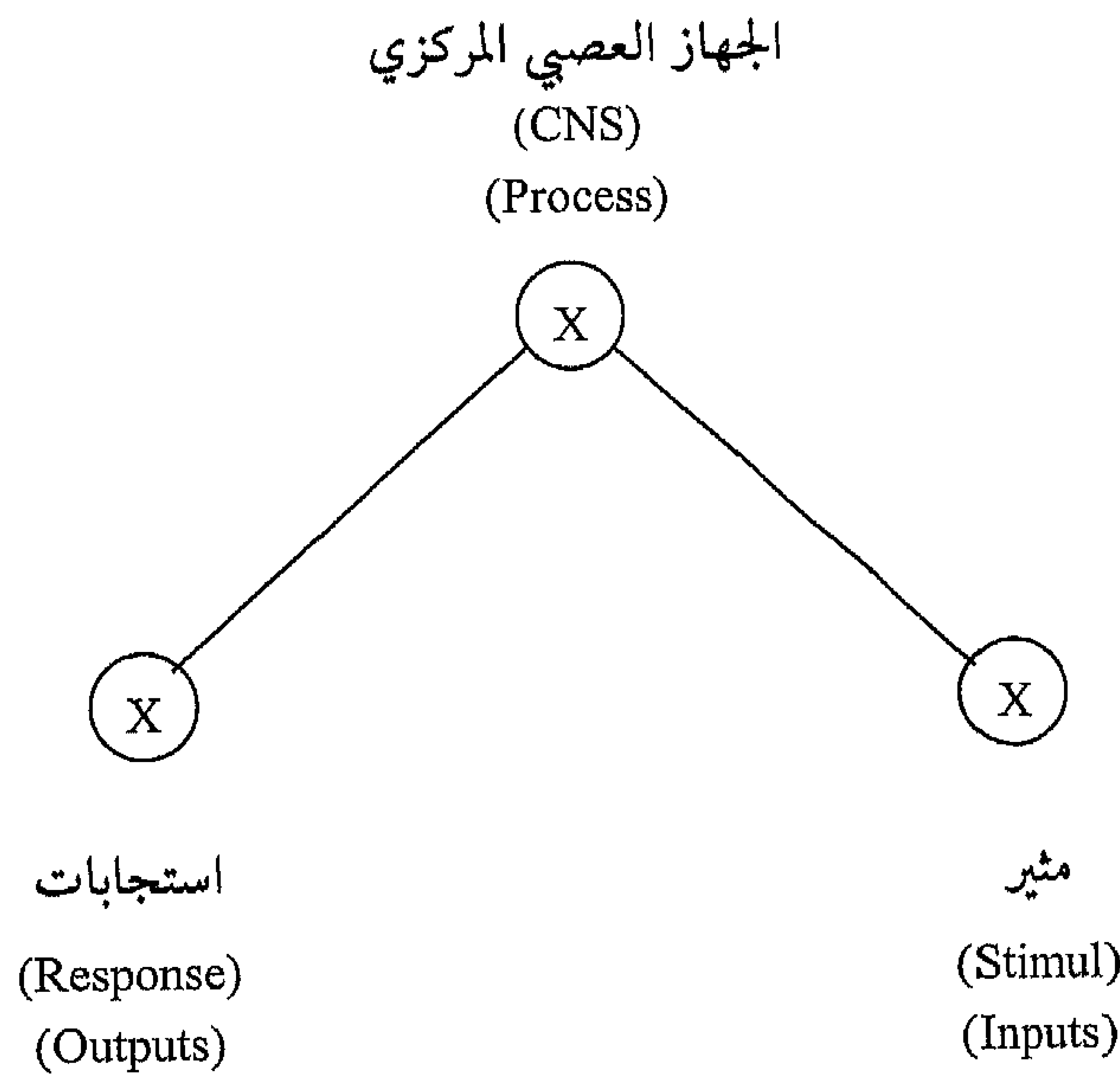
تتعدد الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية، وخاصة تلك الأسباب التي تؤدي إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي، وخاصة القشرة الدماغية والتي تتضمن مراكز: الكلام والعمليات العقلية العليا، التآزر البصري الحركي، والحركة والإحساس، القراءة، السمع،... الخ، حيث تؤدي تلك الأسباب إلى تلف في الدماغ أو المراكز المشار إليها، وبالتالي تعطيل الوظيفة المرتبطة بها، وعلى سبيل المثال قد تؤدي الأسباب إلى إصابة مركز الكلام بالتلف ويترتب على ذلك تعطيل الوظيفة المرتبطة بذلك المركز، وهكذا لبقية المراكز ويبين الشكل الجهاز العصبي المركزي وما عليه من مراكز متعددة وخاصة على القشرة الدماغية.



الدماغ

وتبدو مهمة الجهاز العصبي المركزي في استقبال المثيرات من خلال الأعصاب الحسية ومن ثم القيام بالاستجابات المناسبة وفي الوقت المناسب، ويمثل الشكل (2) أبسط أنواع العمليات العقلية التي يقوم بها ومن الجدير بالذكر أن مهمة الجهاز العصبي المركزي إدارة كل العمليات النفسية والعقلية والحركية والحسية.

وبهذا عرفت الإعاقة العقلية حسب التعريف الطبي للإعاقة العقلية بحالة من الضعف في الوظيفة العقلية ناتجة عن سوء التغذية، أو مرض ناشئ عن الإصابة في مركز الجهاز العصبي.

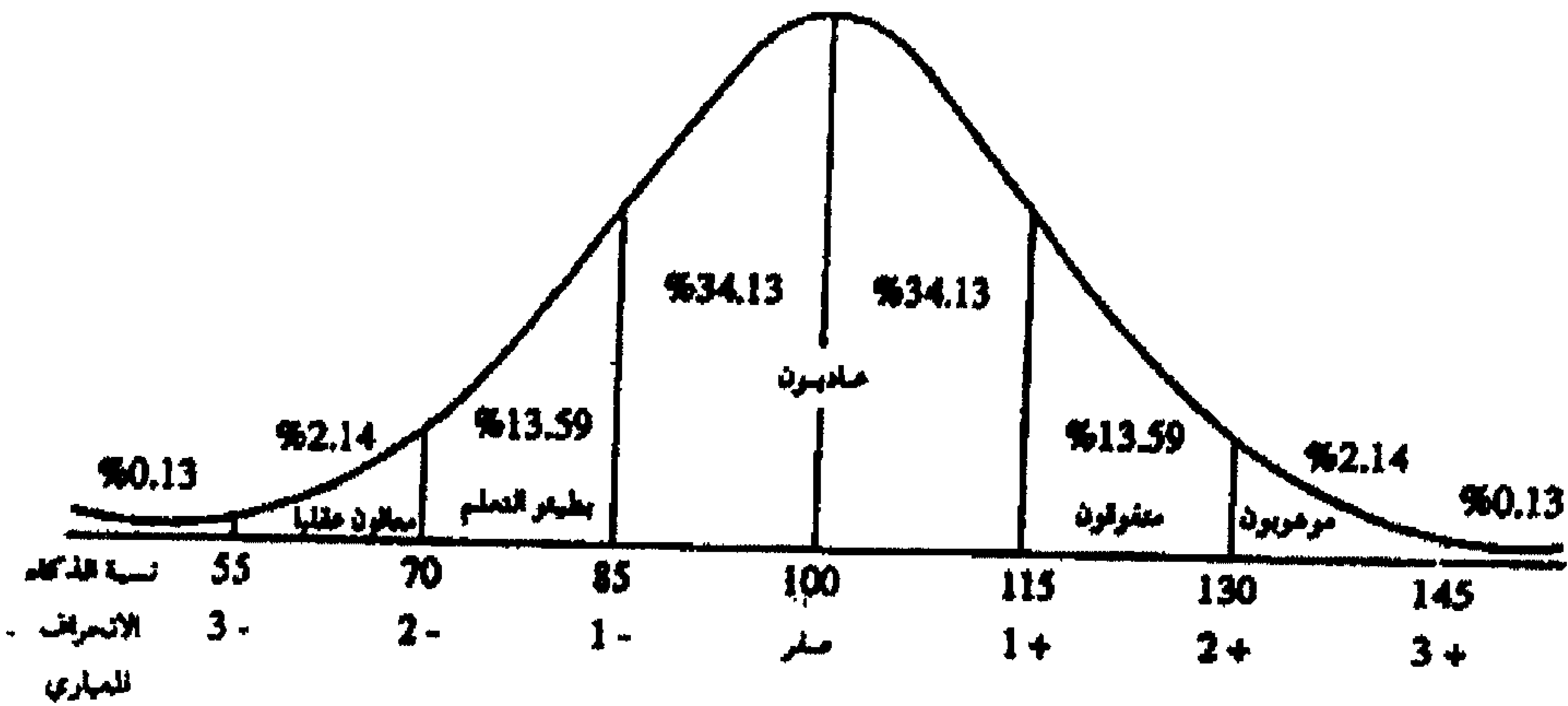


وعلى ذلك يتمثل التعريف الطبي للإعاقة العقلية في وصف الحالة وأعراضها وأسبابها، وقد وجهت انتقادات لهذا التعريف تتمثل في صعوبة وصف الإعاقة العقلية بطريقة رقمية تعبر عن مستوى ذكاء الفرد.

2- التعريف السيكومتري.

ظهر التعريف السيكومتري للإعاقة العقلية نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف الطبي، حيث يمكن للطبيب وصف الحالة ومظاهرها وأسبابها، دون

أن يعطي وصفاً دقيقاً وبشكل كمي للقدرة العقلية، فعلى سبيل المثال قد يصف الطبيب حال الطفل المنغولي ويذكر مظاهر تلك الحالة من الناحية الفيزيولوجية وأن يذكر الأسباب المؤدية إليها، ولكن لا يستطيع وصف نسبة ذكاء تلك الحالة، بسبب صعوبة استخدام الطبيب لمقياس ما من مقاييس القدرة العقلية كمقياس ستانفورد بينيه للذكاء أو مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، وبسبب من ذلك، ونتيجة للتطور الواضح في حركة القياس النفسي على يد بينيه في عام (1905) وما بعدها، بظهور مقياس ستانفورد بينيه للذكاء والذي ظهر نتيجة لعدد من التعديلات التي أجريت عليه في جامعة ستانفورد، في الولايات المتحدة الأمريكية (1916-1960)، ومن ثم ظهور مقاييس أخرى للقدرة العقلية ومنها مقياس وكسلر لذكاء الأطفال عام (1949) وغيرها من مقاييس القدرة العقلية، [وقد اعتمد السيكومتري على نسبة الذكاء (I.Q) كمحك في تعريف الإعاقة العقلية، وقد اعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن (75) معاقين عقلياً، على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية].



منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية

ويمثل الشكل رقم (3) موقع الأفراد المعاقين عقلياً على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية، حيث اعتبرت نسبة الذكاء المعيار الوحيد في تصنيف الأفراد إلى معاقين عقلياً أم لا، حيث اعتبرت الدرجة (70) حداً فاصلاً بين كل من الأطفال المعاقين عقلياً، وغيرهم، حيث بلغت نسبة هذه الحالات حوالي (3٪)، وفيما مضى اعتبرت نسبة الذكاء (85) حداً فاصلاً بين كل الأطفال المعاقين عقلياً وغيرهم من حالات القدرة العقلية، وعلى ذلك تبلغ نسبة الأطفال المعاقين عقلياً حسب ذلك المعيار (16٪).

وتختلط على بعض الدارسين مصطلحات لها علاقة بالإعاقة العقلية مثل مصطلح بطيء التعلم، وصعوبات التعلم والمرض العقلي، وقد يكون من المناسب هنا التمييز بين حالات الإعاقة العقلية وحالات بطء التعلم، حيث تمثل حالات بطء التعلم تلك الحالات التي تقع نسبة ذكاءها ما بين (85-70) درجة على منحنى التوزيع الطبيعي، ومن المناسب أيضاً التمييز هنا بين حالتي بطيء التعلم وحالات صعوبات التعلم، حيث تمثل حالات صعوبات التعلم تلك الفئة من الأطفال التي لا تعاني من نقص في قدرتها العقلية حيث تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين (85-145) درجة على منحنى التوزيع الطبيعي، كما قد يكون من المناسب التمييز في هذا الصدد بين حالات الإعاقة العقلية من جهة والتي تعاني من نقص واضح في قدرتها العقلية، والتي قد تكون عادية في قدرتها العقلية، ومن ذلك يفقد ذوي حالات المرض العقلي (الجنون) صلتهم بالواقع ويعيشون في حالة انقطاع عن العالم الواقعي (أمراض جنون العظمة والاكتئاب والفصام بأشكاله... الخ).

3- التعريف الاجتماعي.

ظهر التعريف الاجتماعي للإعاقة العقلية نتيجة للانتقادات المتعددة لمقاييس القدرة العقلية وخاصة ستانفورد بينيه، ومقياس وكسلر في قدرتها على قياس القدرة العقلية للفرد، فقد وجهت انتقادات إلى محتوى تلك المقاييس وصدقها وتأثيرها بعوامل عرقية وثقافية وعقلية واجتماعية، الأمر الذي أدى إلى ظهور المقاييس الاجتماعية والتي تقيس مدى تفاعل الفرد مع مجتمعه

واستجابته للمتطلبات الاجتماعية وقد نادت بهذا الاتجاه ميرسر (1973) وجنسن (1980) ويركز التعريف الاجتماعي (على مدى نجاح أو فشل الفرد في الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه مقارنة مع نظرائه من نفس المجموعة العمرية، وعلى ذلك يعتبر الفرد معاقاً عقلياً إذا فشل في القيام بالمتطلبات الاجتماعية المتوقعة منه)، وقد ركز كثيرون من أمثال تريدجولد ودول وهيبر وجروسمان وميرسر على مدى الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية بمصطلح السلوك التكيفي.

وقد تختلف هذه المتطلبات تبعاً لمتغير العمر أو المرحلة العمرية للفرد، حيث تضمن مفهوم السلوك التكيفي، تلك المتطلبات الاجتماعية وعلى سبيل المثال فإن المتطلبات الاجتماعية المتوقعة من طفل عمره سنة واحدة هي:

* التمييز بين الوجوه المألوفة وغير المألوفة.
* الاستجابة للمداعبات الاجتماعية.
* القدرة على الكلام (النطق) بكلمات بسيطة.
* القدرة على المشي.
* القدرة على التآزر البصري الحركي.
* الاستجابة الانفعالية السارة أو المؤلمة حسب طبيعة المثير... الخ.

في حين تتمثل المتطلبات الاجتماعية لطفل في السادسة من العمر في:

* تكوين الصداقات.
* نضج الاستجابات الانفعالية السارة أو المؤلمة.
* التآزر البصري الحركي، المشي، القفز، الجري، الركض.
* ضبط عمليات التبول والتبرز.
* نمو المحصول اللغوي والاستعداد للقراءة والكتابة.
* التمييز بين القطع والفئات النقدية.

* القدرة على التسوق بقائمة بسيطة من المشتريات.
* الإحساس بالاتجاه وقطع الشارع.
* القيام بالمهمات المنزلية البسيطة... الخ.

وعلى ذلك تعتبر تلك المتطلبات الاجتماعية معايير يمكن من خلالها الحكم على أداء الفرد ومدى قدرته على تحقيقها تبعاً لعمره الزمني، أما إذا فشل في تحقيق مثل هذه المتطلبات في عمر ما فإن ذلك يعني أن الطفل يعاني من مشكلة في تكيفه الاجتماعي.

وعرف تريد جولد التخلف العقلي من وجهة نظر الصلاحية الاجتماعية بأنه حالة عدم اكتمال النمو العقلي إلى درجة تجعل الفرد عاجزاً عن مواءمة نفسه مع بيئة الأفراد العاديين بصورة تجعله دائما بحاجة إلى رعاية وإشراف ودعم خارجي.

وبالطبع فإن المقصود بالصلاحية الاجتماعية هنا، هي قدرة الفرد على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع غيره من الأفراد كمظهر من مظاهر نموه الاجتماعي، الذي يتمشى إلى حد كبير مع نمو الفرد الجسمي والعقلي والعاطفي، ويبدو أن تريدجولد يشير إلى أن المظهر الأساسي لعدم اكتمال النمو العقلي للفرد إنما هو عجزه عن أن يتلاءم أو يتكيف مع بيئته الاجتماعية، وأن يتفاعل مع الأفراد العاديين بشكل يستدعي أن يكون هذا الفرد دائما بحاجة إلى إشراف ورعاية وحماية من قبل غيره من الأفراد العاديين أو الأسوياء.

أما دول فيعرف الإعاقة العقلية، من وجهة نظر نفسية اجتماعية تعريفاً شاملاً محدداً محاولاً التغلب على العيوب التي يقع بها تعريف تريدجولد في استخدامه الصلاحية الاجتماعية كمحك للتعرف على الإعاقة العقلية، واستطاع دول أن يحدد ما يقصد بالصلاحية الاجتماعية، كما استطاع وضع تعريف للإعاقة العقلية قائم على أساس الصلاحية الاجتماعية كما قدم وسيلة للتعرف على هذه الصلاحية بشكل أكثر تحديداً وشمولاً مما قدمه تريدجولد، يعرف دول الإعاقة العقلية فيقول أن الفرد المعاق عقلياً إنما هو الشخص الذي تتوفر فيه الشروط التالية:

1- عدم الكفاءة الاجتماعية بشكل يجعل الفرد غير قادر على التكيف الاجتماعي، بالإضافة إلى عدم الكفاءة المهنية وعدم القدرة على تدبير أموره الشخصية.

2- أنه دون مستوى الفرد العادي من الناحية العقلية.

3- أن تخلفه قد بدأ منذ الولادة أو في سنوات عمره المبكرة.

4- أنه سيكون معاق عقلياً عند بلوغه مرحلة النضج.

5- يعود إعاقة العقلية إلى عوامل تكوينية إما وراثية أو نتيجة مرض ما.

6- الشرط الأخير أن حالته غير قابلة للشفاء.

بهذا نجد أن دول يضع تحديداً واضحاً وشاملاً للإعاقة العقلية يشترط فيه أن تتوافر هذه الشروط الستة حتى يمكن تشخيص الحالة على أنها إعاقة عقلية، وبهذا يكون أكثر دقة وتحديداً من تريدجولد، وذلك أنه جعل الشرط الثاني للإعاقة أن يكون صاحب الحالة أقل من العاديين من الناحية العقلية، فإن لم يكن كذلك فإنه ليس عند دول معاقاً عقلياً حتى وإن كان عاجزاً عن التكيف الاجتماعي، في حين أن مثل هذا الفرد يعتبر معاقاً عقلياً في مفهوم تريدجولد.

4- التعريف التربوي.

يشير على أن المعاق عقلياً (هو الفرد الذي لا يقل عمره عن ثلاث سنوات ولا يزيد عن عشرين سنة، وتعيقه إعاقته العقلية عن متابعة التحصيل الدراسي في المدارس العادية، وتسمح له قدرته بالتعلم والتدريب وفق أساليب خاصة)، أو (كل طفل لا يستطيع الاتصال مع أقرانه بواسطة الكتابة، أي الذي لا يستطيع أن يعبر عن أفكاره كتابياً، ولا يقرأ الكتابة أو الطباعة وأن يفهم ما يقرؤه، بينما لا يوجد لديه أي اضطراب بصري أو شلل حركي يفسر عدم اكتساب هذا الشكل اللغوي).

5- تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

The American Association of Mental Retardation (AAMR)

ظهر تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي نتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف السيكومتري والذي يعتمد على معايير القدرة العقلية وحدها في تعريف الإعاقة العقلية، ونتيجة للانتقادات التي وجهت إلى التعريف الاجتماعي والذي يعتمد على معايير الصلاحية الاجتماعية وحدها في تعريف الإعاقة العقلية، فقد جمع تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي بين المعيار السيكومترية والمعايير الاجتماعية، وعلى ذلك ظهر تعريف هيبر (1959) والذي روجع عام (1961) والذي تبنته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، ويشير تعريف هيبر إلى ما يلي: **تمثل الإعاقة العقلية مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد، ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن (16) سنة**، ولكن في عام (1973) ونتيجة للانتقادات التي تعرض لها تعريف هيبر والتي خلاصتها أن الدرجة التي تمثل نسبة الذكاء كحد فاصل بين الأفراد العاديين والأفراد المعاقين عقلياً عالية جداً الأمر الذي يترتب عليه زيادة في نسبة الأفراد المعاقين في المجتمع لتصبح (16٪)، وعلى ذلك تمت مراجعة تعريف هيبر السابق، من قبل جروسمان في عام (1973)، (1983)، وظهر تعريف جديد للإعاقة العقلية وينص على ما يلي: **تمثل الإعاقة العقلية مستوى من الأداء الوظيفي العقلي والذي يقل عن متوسط الذكاء بإنحرافين معياريين، ويصاحب ذلك خلل واضح في السلوك التكيفي، ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن (18).**

وتبدو الفروق واضحة بين تعريف هيبر في عام (1959) وتعريف جروسمان (1973)، (1983)، ويمكن تلخيص تلك الفروق في النقاط الرئيسية التالية:

1- كانت الدرجة (نسبة الذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين الأفراد العاديين، والأفراد المعاقين حسب تعريف هيبر (85 أو 84) على مقياس وكسلر أو

مقياس ستانفورد بينيه في حين أصبحت الدرجة (نسبة الذكاء) التي تمثل الحد الفاصل بين الأفراد العاديين، والمعاقين حسب تعريف جروسمان (70 أو 69) على نفس المقاييس السابقة.

2- تعتبر نسبة الأفراد المعاقين عقلياً في المجتمع حسب تعريف هيبر (15.86٪) في حين تعتبر نسبة الأفراد المعاقين عقلياً في المجتمع حسب تعريف جروسمان (2.27٪).

3- كان سقف العمر النمائي حسب تعريف هيبر هو سن (16) سنة، في حين أصبح سقف العمر النمائي حسب تعريف جروسمان هو سن (18) سنة.

ويعتبر تعريف جروسمان (1973)، من أكثر التعريفات قبولاً في أوساط التربية الخاصة، وقد تبنت الجمعية الأمريكية هذا التعريف من عام (1973) وحتى عام (1992)، كما تبناه القانون العام رقم (94/ 142) والمعروف باسم قانون التربية لكل الأطفال المعاقين، وحسب ذلك التعريف فقد اعتبرت معايير نسبة الذكاء والسلوك التكيفي، أبعاداً رئيسية في تعريف الإعاقة العقلية.

وظهر تعديل جديد لتعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي في عام (1993)، وينص هذا التعديل إلى عدد من التغيرات في التعريف التقليدي السابق للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، والتي أشار إليها كلا من: هنت ومارشيل (1994) ولاكسون (1992) والجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994)، وعلى ذلك ينص التعريف الجديد للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي على ما يلي:

الإعاقة العقلية: نقص جوهري في الأداء الوظيفي الراهن، يتصف بأداء ذهني وظيفي دون المتوسط يكون متلازماً مع جوانب قصور في اثنين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، والعناية الشخصية، والحياة اليومية المنزلية، والمهارات الاجتماعية، والاستفادة من مصادر المجتمع، والتوجيه الذاتي، والصحة والسلامة، والجوانب الأكاديمية الوظيفية، وقضاء وقت الفراغ، ومهارات العمل والحياة الاستقلالية، ويظهر ذلك قبل سن الثامنة عشرة).

جدول يبين المقارنة التي أجراها جروسمان

لتعريف كل من هيبر وجروسمان

التعريف أوجه المقارنة	هيبر 1959-1961	جروسمان 1973	وجه الاختلاف
التعريف العام	حالة تتميز بمستوى وظيفي دون المتوسط يبدأ في أثناء فترة النمو، ويصاحب هذه الحالة قصور في السلوك التوافقي للفرد.	حالة دون المتوسط بشكل واضح في الأداء الوظيفي العقلي، توجد متلازمة مع قصور في السلوك التوافقي على أن يظهر ذلك أثناء الفترة النمائية.	السلوك التوافقي عند هيبر مصحوب بنسبة ذكاء منخفضة بينما عند جروسمان متلازم مع هذه النسبة المنخفضة.
طريقة التقويم	الأداء الوظيفي العام، ربما يقوم باختيار واحد أو أكثر من الاختبارات المقننة والمعدات لهذا الغرض.	نفس طريقة التقييم عند هيبر.	لا يوجد اختلاف.
الفترة الزمنية (النمائية)	تقريباً حتى سن (16) سنة.	يتحدد أعلى عمر بسن (18) سنة	يمد جروسمان الفترة النمائية من (16-18) سنة.
القصور في السلوك التوافقي.	يدل على فاعلية الفرد في التوافق مع	يعرف بالفاعلية أو الدرجة التي يقابل	خصص جروسمان مجالات كثيرة

التعريف أوجه المقارنة	هيبر 1959-1961	جروسمان 1973	وجه الاختلاف
	المطالب الطبيعية والاجتماعية وينعكس في: النضج. التعلم. التوافق الاجتماعي.	بها الفرد معايير الاستقلال الشخصي والمسؤولية الاجتماعية المتوقعة ممن هم في سنه وينعكس قصور التخلف عقلياً في المجالات التالية: في أثناء فترة الرضاعة والطفولة المبكرة في مهارات النمو الحسي الحركي، مهارات الاتصال، مهارات مساعدة الذات، التطبيع الاجتماعي في أثناء الطفولة الوسطى والمتأخرة وفي أثناء المراهقة المبكرة: في تطبيق المهارات الأكاديمية الأساسية، في أنشطة	للسلوك التوافقي فقد أشار إلى أن السلوك التوافقي ينتمي إلى مجموعة الفرد الثقافية.

التعريف أوجه المقارنة	هيبر 1959-1961	جروسمان 1973	وجه الاختلاف
		الحياة اليومية تطبيق الاستدلال المناسب ليتمكن من التحكم في البيئة، المهارات الاجتماعية. في أثناء المراهقة الوسطى والمتأخرة وحتى سن الرشد، في المسؤولية المهنية والاجتماعية والإدارية	
مستويات شدة الإعاقة العقلية	إعاقة عقلية بسيطة (68-84) إعاقة عقلية متوسطة (36-51) إعاقة عقلية شديدة (20-35) إعاقة عقلية عميقة أقل من (20).		لا يتضمن تقسيم جروسمان فئة الإعاقة العقلية البسيطة. وأما بقية التقسيمات لفئات الإعاقة العقلية فمتطابقة.

نسبة انتشار الإعاقة العقلية:

تعد الإعاقة العقلية من أكبر المشكلات التي تهم قطاعاً كبيراً من العلماء والمتخصصين في المجتمع، حيث تظهر آثارها في المجالات الطبية والنفسية والتربوية والاجتماعية، فهي مشكلة متعددة الأبعاد والجوانب وتتداخل هذه الأبعاد والجوانب مما يقتضي تعاون عدد كبير من أجهزة الدولة والمتخصصين لمواجهتها والتخفيف من آثارها السلبية على الفرد والأسرة والمجتمع أيضاً، فالأفراد المعاقين عقلياً يحتاجون إلى رعاية طبية ونفسية وتربوية واجتماعية مما يتطلب تضافر جهود كل المتخصصين في هذه المجالات لتقديم الرعاية اللازمة في حينها دون تأخير وبصورة متكاملة وشمولية من أجل إعداد هؤلاء الأفراد للحياة الاجتماعية وتأهيلهم للاندماج في المجتمع الذي يعيشون فيه، وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لهم ولأسرهم.

ويظهر حجم هذه المشكلة إذا علمنا أن نسبة المعاقين عقلياً في المجتمع تصل على (3٪) من عدد السكان، وأن هذه النسبة ليست ثابتة في كل المجتمعات بل تزداد بانخفاض المستوى الاقتصادي والثقافي في المجتمع حيث تصل إلى (7٪) في المناطق الفقيرة والمكتظة بالسكان.

فقد أشارت دراسة قام بها مركز البحوث بجامعة أريزونا الأمريكية (1982) إلى أن المعاقين عقلياً في مجتمعات البيض ذات المستوى الاقتصادي المرتفع لم تتعدى (3٪)، بينما وصلت إلى ضعف هذه النسبة بين السكان المهاجرين من المكسيك للعمل في حقول القطن الأمريكية.

جدل حول نسبة الإعاقة العقلية!!

كم تبلغ النسبة المئوية للمعاقين عقلياً في المجتمع؟ من المتعارف عليه وحسب ما يتكرر باستمرار، فإن الرقم المتداول لنسبة المعاقين عقلياً هو (2-3٪) ولمعرفة مصدر هذا التقرير نعود إلى حقيقة أن هناك نوعين من الإعاقة: واحد ناتج عن

أسباب عضوية، والآخر ليس له أية أسباب عضوية معروفة، وهذا الاتجاه ذو المجموعتين المذكورتين له نتيجتان طبيعيتان لاقت قبولاً لدى الكثيرين:

1- أن نسبة عدد الأشخاص المعاقين عقلياً لأسباب عضوية أصغر بكثير من أولئك المعاقين دون سبب عضوي معروف (فالتقرير الأكثر شيوعاً للمجموعتين هو (25٪) للعضوية مقابل (75٪) للأسباب غير العضوية).

2- أن معدل نسبة الذكاء للمجموعة العضوية يعتبر أكثر انخفاضاً منه لدى المجموعة غير العضوية.

العوامل المؤثرة في نسبة حدوث حالات الإعاقة العقلية:

هناك العديد من العوامل التي تساهم في رفع نسبة انتشار ظاهرة الإعاقة العقلية أو خفضها، في دول العالم المختلفة، وعلى ذلك فليس من المستغرب أن نجد اختلافاً واضحاً بين دول العالم في نسبة انتشار تلك الظاهرة، ومن هذه العوامل:

1- اختلاف المعايير المتبعة في تعريف الإعاقة العقلية والاختلاف في تحديد نسبة الذكاء للمعاقين عقليا: ويقصد بذلك ما هو المعيار أو المعايير المستخدمة في تعريف الإعاقة العقلية فهل المعيار هو نسبة الذكاء، أو القصور في السلوك التكيفي الاجتماعي أو العمر، ولتوضيح ذلك، يؤثر معيار نسبة الذكاء في رفع أو خفض نسبة الإعاقة العقلية، فعندما اعتمدت نسبة الذكاء الواردة في تعريف هيبر للإعاقة العقلية وهي (85) كمعيار للفصل بين الإعاقة العقلية وغيرها، ارتفعت نسبة انتشار ظاهرة الإعاقة العقلية من الناحية النظرية لتصل على حوالي (16٪) من المجتمع ولكن عندما اعتمدت نسبة الذكاء الواردة في تعريف جروسمان للإعاقة العقلية وهي (70) كمعيار للفصل بين حالات الإعاقة العقلية، وغيرها من حالات القدرة العقلية، قلت نسبة انتشار ظاهرة العقلية من الناحية النظرية لتصل إلى حوالي (3٪) تقريبا. وذلك عند استخدام الحد الفاصل انحرافيين معياريين أو أكثر بدلاً من انحراف معياري واحد.

وعندما ظهرت انتقادات متعددة لمعيار نسبة الذكاء كحد فاصل بين حالات الإعاقة العقلية وغيرها، من قبل كلاوزين (1972)، وركز عليها كد (1983)، وترتب على ذلك رفع نسبة الذكاء كمعيار أو حد فاصل بين حالات الإعاقة العقلية وغيرها من (70-75)، مما أدى إلى تقليل نسبة انتشار ظاهرة الإعاقة العقلية بدرجاتها المختلفة.

وعندما يضاف معيار آخر إلى الإعاقة العقلية، كما هو الحال في تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، كمعيار السلوك التكيفي الاجتماعي بالإضافة إلى معيار نسبة الذكاء، تقل نسبة انتشار ظاهرة الإعاقة العقلية، إذ يصعب توفر شرطين أساسيين في الفرد كتدني نسبة الذكاء والقصور في السلوك التكيفي حتى يصنف الفرد من ضمن حالات الإعاقة العقلية، وبسبب كل ذلك ظهر مصطلح "الطفل المعاق عقليا لمدة ست ساعات" والمعروف باسم (**The Six Hours Retarded Child**) للدلالة على أولئك الأطفال الذين يواجهون مشكلات في التحصيل الأكاديمي المدرسي، ولا يواجهون مشكلات في التكيف الاجتماعي بعد الانتهاء من اليوم الدراسي، وعلى ذلك لم تصنف تلك الحالات ضمن حالات الإعاقة العقلية.

2- معيار العمر المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية (الاختلاف في المجموعات العمرية)، فإذا ما استخدم معيار العمر والذي ظهر في تعريف هيبر، وجروسمان للإعاقة العقلية فإن سقف العمر النمائي لدى هيبر هو سن (16) في حين لدى جروسمان هو (18) سنة، ويعني ذلك أن حالة الإعاقة العقلية تظهر لدى الفرد في فترة العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن (18)سنة، وبما أن نسبة الأفراد في المجتمع والذين يشكلون الأطفال والشباب تساوي تقريبا حوالي (50٪) من ذلك المجتمع، فإن ذلك يعني انخفاض نسبة الإعاقة العقلية من (2.27٪) تقريبا إلى حوالي (1.5٪) تقريبا من مجموع السكان في مجتمع ما.

ولاحظ الباحثون أن نسبة المعاقين عقلياً إعاقة بسيطة توجد في مختلف الأعمار، وأقلها في مرحلة الروضة، وتكون نسبة عالية وملحوظة في مرحلة متقدمة

من المدرسة يكون فيها الفرد في مرحلة المراهقة، حيث تقل التقديرات في أعمار قبل الالتحاق بالمدرسة، حيث تكون المهام التي يقوم بها الطفل قليلة، كذلك في أعمار بعد سن المدرسة حيث يقل تعرضهم للمهام التجريدية بعد انتهاء دراستهم.

3- معيار السلوك المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية، ويقصد بذلك أن الفرد المعاق عقلياً هو الفرد الذي تقل نسبة ذكاءه عن (75) وفي الوقت نفسه يعاني من خلل واضح على مقياس السلوك التكيفي في مجالات المسؤولية الاجتماعية والكفاءة الذاتية بالنسبة للتوقعات من مجموعات العمر والثقافة والإطار الاجتماعي الذي ينتمي إليها الطفل، وأشكال التطور في السلوك التكيفي تختلف بالنسبة لمجموعات العمر المختلفة، ويعني ذلك أنه إذا أضفنا الدرجة على مقياس السلوك التكيفي إلى المعايير التي تقرر نسبة المعاقين عقلياً فإن ذلك سوف يؤدي إلى تقليل نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع من (2.27٪ إلى 1٪). حيث تختلف نسبة الإعاقة العقلية في المجتمعات بحسب المحكات التي تستخدم في تشخيصه، فحساب النسبة على أساس المحك الاجتماعي يختلف عن حسابها على أساس نسبة الذكاء أو الأعراض الاكلينيكية.

4- العوامل الصحية والثقافية والاجتماعية، تعمل العوامل المرتبطة بالوعي الصحي والثقافي والمستوى الاجتماعي على زيادة أو خفض نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع، وتجمع الدراسات في هذا الموضوع إلى العلاقة العكسية بين زيادة الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي وقلة نسبة المعاقين عقلياً بالمجتمع، والعكس صحيح، ولذا فليس من المستغرب أن تزداد نسبة المعاقين عقلياً في الدول النامية مقارنة مع الدول الصناعية المتقدمة، ففي دولة كالسويد مثلا تبلغ نسبة الإعاقة العقلية (0.4٪) في حين تبلغ نسبة المعاقين في دول أميركا اللاتينية حوالي (11.3٪) وتبلغ نسبة المعاقين في الدول العربية (3.8٪) تقريباً.

وهكذا فإن نسبة الإعاقة العقلية تختلف وتعود غالباً إلى الاختلاف في المعايير المستخدمة لتحديد مدى انتشار حالات الإعاقة العقلية.

تطور حركة الاهتمام بالإعاقة العقلية في الأردن:

شهدت التربية الخاصة في الأردن تطورا هائلاً وكبيراً خاصة في العشرين سنة الماضية وتحديدا بعد إعلان الأمم المتحدة عام (1981) عاماً دولياً للمعاقين وما انبثق عنه من توصيات مهمة تسهم في العمل لرفع مكانة المعاقين حتى أصبحت الأردن في طليعة الدول العربية.

بدأت المؤسسة السويدية للإغاثة الفردية نشاطاتها في هذا المجال في مدينة القدس سنة (1967) حيث أنشئت دار لرعاية المتخلفين وفي عام (1968) انتقلت المؤسسة إلى مدينة عمان وأنشأت أول مدرسة لرعاية المتخلفين عقليا هي مدرسة الشميساني التي بدأت تقديم خدماتها النهارية لعشرة أطفال فقط، وقد زاد نشاط هذه المؤسسة بإنشاء ثلاث مدارس أخرى في أماكن مختلفة من الأردن وبلغ عدد المنتفعين عام (1975) حوالي (120) منتفعاً، وفي عام (1970) تأسست جمعية الصحة النفسية بهدف رعاية وتدريب وتأهيل الأطفال المعاقين عقلياً بالإضافة إلى توفير الخدمات الاجتماعية والصحية والنفسية والإرشاد الأسري، أما خدماتها الفعلية في مجال رعاية وتدريب المعاقين عقلياً فقد بدأت عام (1972) وذلك بإنشاء مدرسة خاصة لتعليم المعاقين عقلياً وقد بدأت بتقديم خدماتها لعشرة أطفال ثم توسعت هذه الجمعية في خدماتها حتى وصلت عام (1980) إلى قدرة استيعابية تتسع لحوالي (50) متخلفا في مدرستها النهارية في عمان موزعين على خمسة صفوف حسب أعمارهم الزمنية مع مراعاة درجة الإعاقة المقدرة على أساس قدرة الطفل على التكيف الاجتماعي وإتقان بعض المهارات الحياتية، كذلك أنشأت هذه الجمعية مدرسة أخرى في مخيم البقعة تقدم خدماتها النهارية إلى حوالي (28) طفلا متخلفا موزعين على ثلاثة صفوف، أما في مجال الرعاية الداخلية فقد بدأت الجمعية بتقديم خدماتها في مركزها الجديد المخصص للرعاية الداخلية في وادي السير سنة (1979) وذلك بتقديم خدماتها لحوالي (16) طفلاً معاقاً، هذا وقد باشرت

الجمعية خدماتها في مجال التأهيل والتدريب المهني في سنة (1979) وذلك في مركزها في اللويبدة حيث يتم تدريب المتخلفين من سن (14) وما فوق على أعمال النجارة والسيراميك والجلد والقش والرسم.

وشهد عام (1974) تأسيس جمعية الشابات المسلمات/ مركز البنيات/ التي تميزت بتقديم خدماتها لرعاية وتأهيل المعاقين عقلياً حيث بدأت بـ (16) طفلاً معاقاً، ثم توسعت حتى أصبحت من المراكز الرائدة والمتطورة في تقديم خدماتها لحوالي (160) منتفع.

أما القطاع الحكومي فقد بدأ نشاطه بتأسيس مركز التأهيل المهني/ الرصيفة لتدريب الأفراد من (16-45) سنة من فئات الإعاقة العقلية والسمعية والبصرية والحركية، وتم إحداث برامج وخدمات تتواءم مع فئات المنتفعين وتدريبهم على مجموعة من المهن المختلفة مثل النجارة والحدادة والخياطة وتجليس السيارات وأعمال القش والخيزران وصناعة الأحذية والجلديات وغيرها من المهن الممكن تدريب الطلبة عليها.

وفي عام (1977) قامت وزارة التنمية الاجتماعية بتأسيس مركز المنار/ الزرقاء وبطاقة استيعابية بلغت (60) منتفع في حينها، أما في الوقت الحالي فيبلغ عدد المنتفعين في المركز حوالي (130) طالب وطالبة يتلقون خدمات تربوية وتعليمية ضمن طرائق تدريسية فردية ومهنية وتهيئة مهنية ويقدم خدمات للقسم الخارجي فقط.

كما تم في نفس العام تأسيس مركز المنار/ اربد بطاقة استيعابية بلغت (40) منتفع في حينها، أما في الوقت الحالي فإنه يقدم خدماته لحوالي (120) طالب وطالبة في القسمين الداخل والخارجي يتلقون خدمات الرعاية المؤسسية الداخلية والتعليم والتدريب والتهيئة المهنية والنشاطات التربوية المختلفة.

وقد شهدت عام (1979) نشاطات للاتحاد العام للجمعيات الخيرية، فقد أنشأ مركز الجمعية الوطنية لرعاية المعاقين عقلياً بطاقة استيعابية بلغت (40) منتفعاً في حينها.

عام (1981) تم إحداث مركز المنار/ السلط للإعاقة العقلية وبطاقة استيعابية بلغت في حينها (40) منتفعا تقدم لهم خدمات تعليمية وتدريبية بدءاً من سن (4-16) سنة، وتبعه في نفس العام (1981) إحداث مركز الجوفة لرعاية المعاقين عقليا/ عمان والذي أصبح فيما بعد (مركز المنار/ عمان) وبهدف تقديم خدمات تربية وتعليم لفئة المعاقين عقلياً من سن (4-16) سنة وجميعها تتبع لوزارة التنمية الاجتماعية.

ونشط كذلك القطاع التطوعي والأهلي، حيث تم تأسيس مركز الأميرة بسمة/ الزرقاء، وإربد للتربية الخاصة (1981)، ومؤسسة جعفر للتربية الخاصة، وبدعم من صندوق الملكة علياء (الصندوق الأردني الهاشمي للتنمية البشرية) ثم تأسيس مركز مؤتة للتربية الخاصة عام (1983) في محافظة الكرك وبطاقة استيعابية بلغت حينها (50) منتفعاً من المعاقين عقلياً وسمعياً.

وقد نشطت القطاعات الأهلية في مجال العناية بالشلل الدماغي، حيث تم في عام (1983) تأسيس جمعية ابن سينا للعناية بالشلل الدماغي بهدف تدريب وتعليم حالات الشلل الدماغي.

كذلك نشطت وزارة الصحة في عام (1984) حيث تم إحداث قسم الإعاقة العقلية الشديدة في المركز الوطني للصحة النفسية وبطاقة استيعابية بلغت في حينها (45) منتفعا من الكبار.

وشهد عام (1985) نشاطاً ملحوظاً تمثل في إحداث مركز الثغر للتربية الخاصة في مدينة العقبة وبطاقة استيعابية بلغت حينها (40) منتفع من المعاقين عقلياً، وكذلك تم في العام نفسه تأسيس المدرسة النموذجية للتربية الخاصة/ عمان وبطاقة استيعابية بلغت في حينها (40) منتفعاً، وتم تأسيس بيت الأمل لمتعددي الإعاقة/ الزرقاء في نفس لعام وبطاقة استيعابية بلغت في حينها (40) منتفعا من فئة المعاقين عقلياً الشديدة والمتعددي الإعاقة للأعمار من (7-15) سنة.

وقد تأسس في نفس العام صرح مميز للتربية الخاصة وهو مركز نازك الحريري للتربية الخاصة والذي يعتبر معلم بارز ودليل واضح على تطور التربية الخاصة

والذي أنشئ بدعم من القطاع الخاص ويقدم خدماته حالياً لحوالي (200) منتفع من فئة المعاقين عقلياً البسيط والمتوسط تقدم لهم كافة خدمات التربية الخاصة وبشكل مميز، وبتوفير كوادر متخصصة إشرافية وفنية بلغت حوالي (60) موظفاً وموظفة بين معلمين وإداريين ومستخدمين آخرين.

وقد نشطت وكالة الغوث الدولية في عام (1978) في مجال التأهيل لأبناء اللاجئين الفلسطينيين من فئة المعاقين عقلياً وحالات الشلل الدماغي. حيث تم تأسيس مراكز التأهيل المجتمعي في مخيم غزة ومخيم سوف والبقعة ومخيم الشهيد عزمي المفتي، وبطاقة استيعابية في كل مركز بلغت حينها (60) منتفع تقدم من خلالها خدمات التدريب والتعليم والإرشاد والعلاج.

وفي عام (1987) تم تأسيس مركز الرازي للتربية الخاصة بطاقة استيعابية بلغت في حينها (40) منتفعاً من المعاقين عقلياً وكذلك تم تأسيس مركز الأميرة بسمة للتربية الخاصة (جمعية أبناء الجنوب) في محافظة معان وبطاقة استيعابية بلغت في حينها (21) منتفعاً.

وفي عام (1988) تم تأسيس مركز الأمل/ سحاب التابع للاتحاد العام للجمعية الخيرية وبطاقة استيعابية بلغت حينها (47) منتفع من المعاقين.

وكل عام هناك ازدياد في أعداد مراكز الإعاقة العقلية منها الداخلي ومنها الخارجي.

تتفق معظم هذه المراكز الخاصة برعاية وتأهيل المعاقين عقلياً على تحقيق الأهداف التالية في هذا المجال:-

1- رعاية وحماية الأطفال المعاقين عقلياً.

2- تعليم وتدريب وتأهيل الأطفال المعاقين عقلياً والمحصورين في الفئات التالية {الأطفال ذوي الإعاقة العقلية المتوسطة وما دون ممن تتراوح أعمارهم من سن (3-6) سنوات}.

3- توفير الخدمات الاجتماعية والصحية والنفسية والتعليمية.

4- تقديم خدمات التوجيه والإرشاد الأسري لأسر الأطفال المعاقين عقلياً.

5- توجيه وإرشاد أسر المعاقين عقلياً ومساعدتهم على تقبل أبنائهم والتعامل معهم.

6- تقديم الخبرات الفنية والتدريب اللازم والمعلومات للفئات والهيئات التي لها علاقة بخدمات المعاقين.

7- توعية كافة أفراد المجتمع لإدراك واقع مشكلة الإعاقة العقلية وأهمية توفير الخدمات التعليمية والتأهيلية لهم.

8- تنمية قدرات المعاقين العقلية والجسدية من خلال البرامج المختلفة كمخيمات العمل التدريبية.

9- تدريب المعاقين عقلياً على السلوك التكيفي المقبول لمساعدتهم على الاندماج والتكيف مع البيئة الاجتماعية، والاعتماد على النفس في المواقف المختلفة.

10- علاج الصعوبات النفسية المصاحبة للإعاقة العقلية مثل صعوبة اللغة والنطق.

11- تأهيل المعاقين عقلياً مهنياً عن طريق تدريبهم على بعض الحرف البسيطة التي تتناسب مع قدراتهم وإمكانياتهم.

12- إيجاد فرص عمل تمكن هؤلاء من الاعتماد على أنفسهم وإشعارهم بقيمتهم الذاتية.

13- برامج التدريب العقلي، وتهدف إلى تنمية القدرات العقلية للمعاق من خلال تنمية قدراته على التركيز والربط والتمييز والإدراك بالإضافة إلى البرامج الأكاديمية التي تناسب مستوياتهم العقلية.

14- برامج التدريب الموسيقية، وتهدف إلى تنمية قدرات الطفل المعاق الذاتية لكي يستطيع التفاعل والتعاون والانضباط في النشاطات الجماعية بالإضافة إلى تنمية ميوله وقدراته النفسية.

المؤسسات التي تعنى بالأشخاص المعاقين عقلياً

في محافظة العاصمة: 1- (61) مؤسسة للإعاقة العقلية البسيطة. 2- (56) مؤسسة للإعاقة العقلية المتوسطة. 3- (30) مؤسسة تخدم الإعاقة العقلية الشديدة.	**في محافظة اربد:** (27) مؤسسة للإعاقة العقلية البسيطة. (26) مؤسسة للإعاقة العقلية المتوسطة. (10) مؤسسات للإعاقة العقلية الشديدة.
في محافظة الزرقاء: (19) مؤسسة للإعاقة العقلية البسيطة. (17) مؤسسة للإعاقة العقلية المتوسطة. (6) مؤسسات للإعاقة العقلية الشديدة.	**محافظة الكرك:** (10) مؤسسات للإعاقة العقلية البسيطة. (10) مؤسسات للإعاقة العقلية المتوسطة. (5) مؤسسات الإعاقة العقلية الشديدة.
محافظة البلقاء: (9) مؤسسات للإعاقة العقلية البسيطة. (8) مؤسسات للإعاقة العقلية المتوسطة. (3) مؤسسات للإعاقة العقلية الشديدة.	**محافظة المفرق:** (13) مؤسسة للإعاقة العقلية البسيطة. (12) مؤسسة للإعاقة العقلية المتوسطة.

محافظة مادبا: (4) مؤسسات للإعاقة العقلية البسيطة. (4) مؤسسات للإعاقة العقلية المتوسطة.	**محافظة معان:** (6) مؤسسات للإعاقة العقلية البسيطة. (5) مؤسسات للإعاقة العقلية المتوسطة.
محافظة الطفيلة: (3) مؤسسات للإعاقة العقلية البسيطة. (2) مؤسسات للإعاقة العقلية المتوسطة.	**محافظة العقبة:** (3) مؤسسات للإعاقة العقلية البسيطة. (3) مؤسسات للإعاقة العقلية المتوسطة.
محافظة جرش: (4) مؤسسات للإعاقة العقلية البسيطة. (4) مؤسسات للإعاقة العقلية المتوسطة. (3) مؤسسات للإعاقة العقلية الشديدة.	**محافظة عجلون:** (5) مؤسسات للإعاقة العقلية البسيطة. (5) مؤسسات للإعاقة العقلية المتوسطة. (1) مؤسسات للإعاقة العقلية الشديدة.

بعض المراكز والمدارس والمؤسسات العاملة

في مجال الإعاقة العقلية العامة والخاصة

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
1	مركز المنار للتنمية الفكرية- إربد	اربد طريق حوارة ت:027245927	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والإناث بنظام خارجي وداخلي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والايواء.
2	مركز المنار للتنمية الفكرية- الزرقاء	الزرقاء الجديدة- الزواهرة ت:053920856	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والإناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتهيئة المهنية.
3	مركز المنار للتنمية الفكرية- الرصفية	الرصفية- مدينة الحجاج ت:053615531	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والإناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتهيئة المهنية.
4	مركز المنار للتنمية الفكرية- عمان- المقابلين	عمان- ضاحية الحاج حسن ت:4750883	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتهيئة المهنية.
5	مركز المنار للتنمية الفكرية- المفرق	المفرق - شارع الشهداء- خلف المركز الصحي	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي وداخلي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
6	مركز المنار للتنمية الفكرية- المدينة الرياضية	عمان- المدينة الرياضية- قرب البريد ت:5153036	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتهيئة المهنية.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
7	مركز المنار للتنمية الفكرية- عجلون	عجلون- عنجرة ت:056461778	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
8	مركز المنار للتنمية الفكرية- معان	معان- وسط البلد- خلف وكالة ميتسوبيشي ت:032131449	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
9	مركز المنارة للتنمية الفكرية- المزار الشمالي	المزار الشمالي- قرب مدرسة البنات الثانوية ت:027031201	وزارة التنمية الاجتماعي ة	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتهيئة المهنية.
10	مركز المنار للتنمية الفكرية- دير علا	دير علا- معدي- قرب البلدية ت:053571869	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتهيئة المهنية.
11	صف المنار-جمعية أبي الدرداء للتربية الخاصة	اربد- زحر-الحي الجنوبي ت:027272776	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
12	صف المنار للتنمية الفكرية- جمعية الرمثا الخيرية	الرمثا ت:027383512	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
13	مركز المنار للتربية الخاصة- جمعية الصحة النفسية	السلط- نقب الدبور- قرب مؤسسة الاتصالات ت:053556337	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
14	مركز الكرك للرعاية والتأهيل	الكرك- الوسية- راكين الشمالي- منشية أبو حمور ت:032380905	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام داخلي ويقدم خدمات والتدريب والعلاج الطبيعي.
15	مركز جرش للرعاية والتأهيل	جرش-الجسر- تلفاكس 026350168	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي وداخلي ويقدم خدمات الرعاية والتأهيل والإيواء.
16	مركز تأهيل ورعاية المسنين المعاقين- سحاب	عمان- سحاب- الحي الشمالي- قرب مجمع الباصات ت: 4023981	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين إعاقة بسيطة ومتوسطة من الذكور بنظام داخلي ويقدم خدمات الرعاية والتأهيل والإيواء.
17	مركز مادبا للرعاية والتأهيل	مادبا- حنينا الغربية تلفاكس 053245198	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والإناث بنظام داخلي وخارجي ويقدم خدمات التدريب والرعاية والعلاج والإيواء.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
18	مركز الطفيلة لشديدي الإعاقة	الطفيلة	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث.
19	مركز التأهيل والتشغيل المهني- الرصيفة	الرصيفة- مخيم حطين- خلف مسجد مدينة الحجاج ت: 053611033	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم كافة الإعاقات من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتأهيل على مهن متعددة.
20	مركز التأهيل والتشغيل المهني- اربد	اربد- حي الفيصلية- قرب سوق الخضار المركزي ت:027243646	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتأهيل على مهن متعددة.
21	المركز الانتاجي لتشغيل المعوقين- الرصيفة	الرصيفة- مخيم حطين- خلف مسجد مدينة الحجاج تلفاكس: 053616123	وزارة التنمية الاجتماعية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور بنظام خارجي ويقوم على انتاج المنجور ودهان الموبيليا وصناعة الجلديات والحقائب.
22	المركز التخصصي للتربية الخاصة	عمان- الدوار السابع- خلف سي تاون ت:5817038	قطاع خاص للمؤسس السيد خالد رشيد	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والإناث بنظام خارجي وداخلي ويقدم خدمات تدريب وتعليم وإيواء وعلاج طبيعي.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
23	مدرسة التربية الحديثة للتربية الخاصة	الفحيص- شارع مدرسة الاناث ت: 4729815	قطاع خاص للمؤسس د. عبدالله الخطيب	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي وداخلي ويقدم خدمات التدريب والتعليم والتأهيل والايواء والعلاج الطبيعي
24	مركز نازك الحريري للتربية الخاصة	دابوق- طريق القصور الهاشمية ت:5411171	قطاع خاص للمؤسس السيدة نازك الحريري	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتعليم والتأهيل المهني.
25	مركز الرازي للتربية الخاصة	عمان- الدوار السابع، ت:5857036	قطاع خاص للمؤسس السيد زياد سكجها	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام داخلي وخارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والايواء.
26	المدرسة النموذجية للتربية الخاصة	عمان-تلاع العلي-قرب السوق التجاري :5332299	قطاع خاص للمؤسس السيد يوسف عبدالحق وعبدالله عفانة وعدنان الأخضر	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام داخلي وخارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والايواء.
27	مؤسسة جعفر للتربية الخاصة	عمان- ام السماق- مقابل المدرسة الانجليزية ت: 5528748	قطاع خاص للمؤسس المحامي صادق الوزني	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام داخلي وخارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والايواء.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
28	المركز الحديث للتربية الخاصة	عمان- الصويفية- خلف كنيسة العذراء الناصرية ت:5925294	قطاع خاص للمؤسس السيد مروان أبو دواس	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام داخلي وخارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والايواء.
29	مدرسة الروضة للتربية الخاصة- اربد	اربد- دوار سال- شارع مفلح سعيد البطاينة ت: 027244041	قطاع خاص للمؤسس السيد ناصر درويش	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتعليم.
30	المركز العربي للتربية الخاصة	عمان- خلدا - قرب ستايل للتصميم الداخلي ت: 53373317	قطاع خاص للمؤسس د. خليل عليان والسيدة سميرة خوري	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام داخلي وخارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والايواء.
31	المركز الاردني للتربية الخاصة	عمان- جبل الحسين- شارع الجليل قرب سلطة المياه ت: 5698306	قطاع خاص للمؤسس السيد محمد حمدان وشحادة أبو هديب وسليمان نور الدين	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام داخلي وخارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والايواء.
32	المركز الوطني للتربية الخاصة	عمان- المقابلين قرب محطة الارسال ت: 4201711	قطاع خاص للمؤسس السيد باسم جبر الشيخ قاسم	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
33	مركز الكندي الدولي للتربية الخاصة	عمان- المقابلين- خلف كلية تدريب عمان ت: 4205484	قطاع خاص للمؤسس السيد أحمد يوسف الزق	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والعلاج.
34	مركز جنة الاطفال للتربية الخاصة	عمان- صويلح شارع الدوريات الخارجية- قرب وكالة الغوث ت: 5335862	قطاع خاص للمؤسسة السيدة خديجة الصمادي ودينا شموط وهدى صبحا	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام داخلي وخارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والايواء والعلاج الطبيعي.
35	مركز التميز الشامل	عمان-طريق الجامعة الأردنية مقابل مسجد أبو قورة ت:5664588	قطاع خاص للمؤسسة السيدة هناء الكردي	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتعليم.
36	مؤسسة ابن خلدون للتربية الخاصة	عمان-شارع مكة قرب المطبخ الدنماركي ت: 5515080	قطاع خاص للمؤسس السيد زياد سكجها	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام داخلي وخارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والايواء.
37	المركز الاستشاري التطبيقي للتربية الخاصة	الرصيفة- الجبل الشمالي - حري الرشيد ت: 053754095	قطاع خاص للمؤسس السيد احمد عز الدين	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
38	المدرسة العربية للتربية الخاصة	عمان- شارع مكة- مقابل مجمع جبر ت: 5536508	قطاع خاص للمؤسس السيد علي طميلة	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام داخلي وخارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والايواء.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
39	مركز الهلال للتربية الخاصة	عمان-صويلح حي الكمالية قرب مدرسة الكمالية للبنات ت:5337898	قطاع خاص للمؤسس السيد شاكر ابو حطب	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتأهيل.
40	مركز الرجاء للتربية الخاصة	عمان- الاشرفية حي الارمن مقابل الكنيسة ت: 4775887	قطاع خاص للمؤسسة السيدة روشن نبيل	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتأهيل.
41	مركز جمعية الشابات المسلمات للتربية الخاصة	عمان- البنيات خلف محطة ارسال الاذاعة ت:420775	جمعية الشابات المسلمات	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتأهيل المهني.
42	مركز الشعاع للتربية الخاصة	اربد- آخر شارع الرشيد ت: 027263566	قطاع خاص للمؤسس السيد محمود درباس	يخدم المعاقين عقلياً والمعوقين حركياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتدريب النطقي.
43	مركز رشا للتربية الخاصة	عمان- جبل عمان مقابل السفارة الفلسطينية	قطاع خاص للمؤسسين د. اسماعيل عبدالقادر و د. خولة طه	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التشخيص والتدريب.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
44	مركز الثغر للتربية الخاصة	العقبة-اسكان العالمية- قرب قرى SOS ت:2016499	جمعية الثغر لرعاية المعوقين عقلياً	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
45	مركز الأمل للتربية الخاصة	الطفيلة- وادي زيد - اسكان الاسمنت ت:032243746	جمعية ابناء الطفيلة الخيرية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتأهيل.
46	مركز الأمل للتربية الخاصة	اربد- ايدون الحي الغربي مقابل المستشفى العسكري ت:027100263	جمعية الأمل للتربية الخاصة	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتأهيل.
47	مركز الأمل للتربية الخاصة	السلط- نقب الدبور- قرب مؤسسة الاتصالات ت:053556337	جمعية الصحة النفسية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
48	مركز الأمل للتربية الخاصة	عمان جبل اللويبدة- قرب مصادر التعليم ت:4621001	جمعية الصحة النفسية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
49	مركز الأمل للتربية الخاصة	وادي السير- حي الجندويل خلف نادي الضباط المتقاعدين ت:5812943	جمعية الصحة النفسية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والإيواء.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
50	مركز الأمل للتربية الخاصة	مخيم البقعة – نادي البقعة ت: 4726050	جمعية الصحة النفسية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
51	مركز الأمل للتربية الخاصة	مادبا- صوفة ت:053243926	جمعية صلاح الدين الخيرية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
52	مركز الأميرة بسمة للتربية الخاصة	الزرقاء- الاوتستراد- قرب الاتحاد العام للجمعيات الخيرية ت:053986558	جمعية الصحة النفسية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
53	مركز الأمل للتربية الخاصة	سحاب- سلبود قرب مدرسة الذكور الثانوية ت:4023067	جمعية الصحة النفسية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
54	مركز الأمل للتربية الخاصة	المفرق-خلف المجمع الشرقي ت:02623283	الاتحاد العام للجمعيات الخيرية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
55	مركز جمعية البتراء لرعاية المعوقين صفوف الاعاقة العقلية	وادي موسى- وسط البلد ت:032156684	جمعية البتراء الخيرية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والعلاج الطبيعي.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
56	مركز جمعية سيدات ناعور الناهضات	ناعور- قرب البريد ت:5727068	جمعية سيدات ناعور	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
57	مركز الراجف لرعاية وتدريب المعوقين	وادي موسى- الراجف ت:032130624	جمعية الراجف	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
58	مركز التأهيل المهني	الطفيلة ت:032243813	جمعية ابناء الطفيلة الخيرية	يخدم كافة الاعاقات الرئيسية من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتأهيل.
59	مركز الأمل للتربية الخاصة	عجلون- عنجرة- الحي الشرقي قرب البركة ت:026440332	الاتحاد العام للجمعيات الخيرية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتأهيل.
60	مركز الجمعية الوطنية لرعاية المعوقين عقلياً	عمان- شارع وصفي التل قرب مطعم الكلحة ت: 4625889	الجمعية الوطنية لرعاية المعوقين	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
61	مركز رياحين الجنة للتربية الخاصة	عمان- شارع الصحافة خلف مسجد أبو قورة ت:6561101	جمعية رياحين الجنة	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
62	مدرسة قرية العائلة للتربية الخاصة	تلاع العلي- دوار الواحة- مقابل الصالة الرياضية ت:53313226	قطاع خاص للمؤسس السيد خالد رشيد	يخدم المعاقين عقلياً وذوي صعوبات التعلم بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
63	مركز المدار للتربية الخاصة	المقابلين- شارع الحرية- بجانب أمانة العاصمة ت: 0796646611	قطاع خاص لمؤسسة السيدة سميرة الخطيب	يخدم المعاقين عقلياً إعاقة بسيطة ومتوسطة والشلل الدماغي للذكور والاناث بالنظام الداخلي والخارجي ويقدم خدمات تعليمية وتدريب وعلاج طبيعي ونطقي.
64	مركز وروضة البيان للتدخل المبكر	المدينة الرياضية- دخلة حلويات زلوم تلفاكس:510977	قطاع خاص للمؤسسة السيدة ايمان فرحات المجالي	يخدم المعاقين اعاقة عقلية بسيطة وبطيئي التعلم وصعوبات التعلم ويخدم الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتأهيل.
65	مركز دنيا الطفل للتربية الخاصة	ابو علندا- حي الشيوخ- خلف براعم ابو علندا ت:4165600	قطاع خاص للمؤسس السيد محمد ابو عواد والسيد ماجد العموري	يخدم المعاقين اعاقة عقلية بسيطة ومتوسطة وبطيئي التعلم ويقدم خدمات تعليمية وتدريبية وعلاجية للذكور والاناث بنظام خارجي.
66	مركز آية للتربية الخاصة	عمان- ماركا الشمالية مقابل المؤسسة العسكرية ت:4882381	قطاع خاص للمؤسس السيد جهاد سعد	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والعلاج الطبيعي والتدريب النطقي.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
67	مركز أمان للتربية الخاصة	عمان- ام السماق- مقابل بلدية خلدا وام السماق تلفاكس:5533192	قطاع خاص للمؤسسة السيدة ريم ابو سيدو	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والعلاج الطبيعي والتدريب النطقي.
68	مركز جبل الزهور للتربية الخاصة	عمان- جبل الزهور فوق مستشفى القدس ت:4383441	قطاع خاص لمؤسسة السيدة بيرجيت Birgit	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث ويقدم خدمات التعليم والتأهيل للطلاب من عمر 15 فما فوق.
69	معهد الشرق الأوسط للتربية الخاصة	الصويفية- عمان بجانب السفارة الموريتانية ت:65811093 فاكس 65811096 E-mail:ysalem@go.com.jo	قطاع خاص للمؤسس د. ياسر سالم	يخدم المعهد ذوي الحاجات الخاصة من اعاقة عقلية وصعوبات التعلم وكذلك التوحد من خلال القسمين الخارجي، الروضة والمدرسة، والقسم الداخلي، ويقدم خدمات التقييم والتدريب والتعليم والعلاج النطقي والعلاج الطبيعي والتدريس الفردي.
70	مركز الأمل لرعاية وتعليم المعوقين	اربد- لواء بني كنانة حبراص ت:027525922	الاتحاد العام للجمعيات الخيرية	يخدم المعاقين عقلياً والمعاقين سمعياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتعليم والعلاج.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
71	جمعية الخالدية للتربية الخاصة	المفرق- قرب مسجد ابو بكر حي عمر بن الخطاب ت:026256903	الاتحاد العام للجمعيات الخيرية	يخدم المعاقين عقلياً والمعاقين سمعيا من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتعليم والعلاج.
72	مركز الامل للتربية الخاصة	الرمثا- طريق الطرة ت:027380799	الاتحاد العام للجمعيات الخيرية	يخدم المعاقين عقلياً والمعاقين سمعياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
73	مركز مؤتة للتربية الخاصة	الكرك- منشية ابو حمور ت:0.2380370	جمعية رعاية المعوقين الكرك	يخدم المعاقين عقلياً والمعاقين سمعياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتأهيل.
74	مركز جمعية صلاح الدين	عجلون- حلاوة قرب البريد ت:056470699	جمعية صلاح الدين الخيرية	يخدم المعاقين عقلياً والمعاقين سمعياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
75	بيت الأمل لمتعددي الاعاقات	الرصيفة- خلف مؤسسة التدريب المهني ت:053744389	الاتحاد العام للجمعيات الخيرية	يخدم متعددي الاعاقات من ذكور واناث بنظام داخلي وخارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والايواء والعلاج الطبيعي.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
76	جمعية أهالي وأصدقاء الأشخاص المعوقين	عمان- عرجان شارع المدينة الرياضية ت:566008	جمعية أهالي وأصدقاء الأشخاص المعوقين	يخدم أهالي الأشخاص المعاقين من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتأهيل المجتمعي والارشاد الأسري.
77	مركز جمعية الزرقاء لرعاية المعوقين	الزرقاء- جبل طارق مبنى الاتحاد العام للجمعيات الخيرية ت:053981712	جمعية الزرقاء لرعاية المعوقين	يخدم كافة الاعاقات من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتأهيل.
78	مركز جمعية عثمان بن عفان للتربية الخاصة	الزرقاء الجديدة- شارع 36 ت: 053866362 فاكس:053851315	جمعية عثمان بن عفان	يخدم كافة الاعاقات من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتأهيل.
79	دار المحبة للتربية الخاصة	الرصيفة- شارع صلاح الدين خلف كنيسة اللاتين ت:053744583	ارسالية المحبة	يخدم كافة الاعاقات من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتأهيل والتدريب والايواء.
80	المؤسسة السويدية للاغاثة الفردية	صويلح- شارع خلدا مقابل البا هواس ت:5341156	المنظمة السويدية للاغاثة الفردية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام داخلي وخارجي ويقدم خدمات التعليم والتأهيل والايواء.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
81	مركز لجنة صدقات حي نزال للتربية الخاصة	عمان- حي نزال ت:4387446	المنظمة السويدية للاغاثة الفردية	يخدم المعاقين عقلياً من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب.
82	مركز التأهيل المجتمعي للمعوقين	جرش- مخيم سوف ت:026351015	وكالة الغوث الدولية	يخدم كافة الاعاقات من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتأهيل والعلاج الطبيعي.
83	مركز التأهيل المجتمعي للمعوقين	جرش- مخيم جرش ت:026338781	وكالة الغوث الدولية	يخدم كافة الاعاقات من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتأهيل والعلاج الطبيعي.
84	مركز التأهيل المجتمعي لرعاية وتأهيل المعوقين	اربد- مخيم اربد شارع بلاط الشهداء ت:027251017	وكالة الغوث الدولية	يخدم كافة الاعاقات من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والعلاج الطبيعي.
85	مركز التأهيل المجتمعي لرعاية وتأهيل المعوقين	اربد - مخيم عزمي المفتي قرب الدفاع المدني ت:027060845	وكالة الغوث الدولية	يخدم كافة الاعاقات من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والعلاج الطبيعي.
86	مركز وقاص لرعاية وتأهيل المعوقين	اربد وقاص مجمع وكالة الغوث ت:026550043	وكالة الغوث الدولية	يخدم كافة الاعاقات من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتعليم والعلاج الطبيعي.
87	مركز التأهيل المجتمعي	البقعة- خلف عيادة الوكالة ت:4726074	وكالة الغوث الدولية	يخدم كافة الاعاقات من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتعليم والعلاج الطبيعي.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
88	المركز الاجتماعي للمعوقين	الرصيفة- مخيم حطين ت:053613858	وكالة الغوث الدولية	يخدم كافة الاعاقات من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتأهيل والعلاج الطبيعي.
89	المركز الاجتماعي للمعوقين	عمان- الوحدات ت:4783389	وكالة الغوث الدولية	يخدم كافة الاعاقات من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتأهيل.
90	مركز التأهيل المجتمعي	مادبا- الطالبية ت:05560028	وكالة الغوث الدولية	يخدم كافة الاعاقات من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتأهيل والعلاج الطبيعي.
91	مركز الجوفة للتأهيل المجتمعي	الشونة الجنوبية الجوفة ت:3591575	مؤسسة الأراضي المقدسة	قطاع خاص يخدم كافة الاعاقات من الذكور والاناث بنظام خارجي ويقدم خدمات التدريب والتأهيل والعلاج الطبيعي.
92	المركز الدولي لذوي الحاجات الخاصة	تلاع العلي-دوار الواحة- خلف مطعم طواحين الهوا ت:5535752	قطاع خاص لمؤسس السيدة ايمان جودة البرغوثي	يخدم كافة الاعاقات بنظامي الداخليو الخارجي ويقدم خدمات التعليم والتدريب والتأهيل.

الرقم	اسم المؤسسة	العنوان ورقم الهاتف	الجهة التابعة لها	موجز عن أنشطتها
93	المركز الاردني التخصصي للتوحد	ام اذينة- الدوار السادس- قرب فندق عمرة- مقابل حضانة القفزة الأولى ت:5528270	قطاع خاص للمؤسسة السيدة هند حجازي	يخدم حالات التوحد ويقدم خدمات التعليم والتدريب للذكور والاناث بنظام خارجي.
94	مركز سيدة السلام لذوي الاحتياجات الخاصة	ام الكندم- جنوب عمان- على بعد ثلاثة كيلو مترات عن طريق عمان- المطار- مدخل مدرسة الشويفات ت:5931162 فاكس5920548	قطاع خاص للمؤسس مطرانية اللاتين الاردن	يقدم خدمات الطب العام، والأسنان، والعيون، والعلاج الطبيعي- ويقدم برامج تدريبية وتعليمية وتأهيلية داخل المركز وخارجه، والتعليم بالكمبيوتر، والكشف المبكر للإعاقات ويقدم الخدمات للذكور والإناث بالنظام الداخلي والخارجي، وتنظيم العمل التطوعي لتوعية المجتمع الأردني على حق ذوي الاحتياجات الخاصة، وجميع الخدمات مجانية للمسجلين في المركز.
95	مركز السندباد للتربية الخاصة	عمان الدوار الثامن بجانب كلية الاندلس حي نادي السيارات، بجانب عيادة طوارىء الخدمات الطبيعة ت:5335862	قطاع خاص للمؤسس د. نزيه العلواني	يقدم خدمات تعليمية وتدريبية ورعاية بالنظام الداخلي والخارجي للاعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة والشديدة.

الوحدة الثانية

أسباب الإعاقة العقلية

تصنيف أسباب الإعاقة العقلية

أولاً : العوامل المسببة للإعاقة العقلية في مرحلة ما قبل الولادة

ثانياً : عوامل تحدث أثناء الولادة

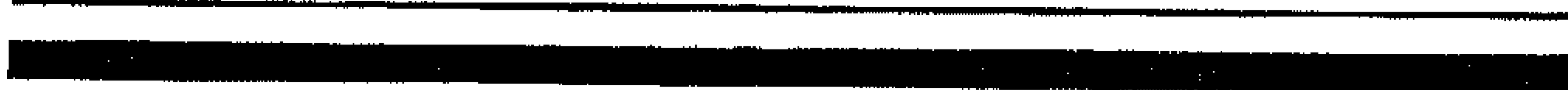
ثالثاً : عوامل تحدث ما بعد الولادة

الفقر والحرمان وعلاقتهما بالإعاقة العقلية

العوامل الاجتماعية والثقافية وأثر البيئة في حدوث الإعاقة العقلية

دور العوامل الاجتماعية والثقافية كعوامل مسببة للإعاقة العقلية في الأردن

الوراثة والبيئة وعلاقتهما بالإعاقة العقلية



الوحدة الثانية

أسباب الإعاقة العقلية

مقدمة

لقد بذلت جهود في العقود الماضية لتحديد أسباب الإعاقة العقلية، ومع ذلك لا تزال الأسباب غير معروفة في معظم الحالات، فقد أشار كارترايت ورفاقه (1989)، إلى أن أسباب الإعاقة العقلية لا يمكن تحديدها بشكل قاطع في حوالي (75٪) من الحالات، أما هلهان وكوفمان (1985)، فيعتقدان أن نسبة حالات الإعاقة العقلية لا يعرف لها سبب عضوي واضح تتراوح ما بين (80٪- 94٪)، وعندما يكون الأمر كذلك أي عندما لا يكون لدى الطفل المعاق عقلياً اضطراب عضوي محدد، يطلق على أسباب الإعاقة العقلية اسم الأسباب الثقافية- الأسرية، ويسمى الإعاقة العقلية عندئذ الإعاقة العقلية الثقافية- الأسرية، وهذه التسمية توحي بأن البيئة الاجتماعية الثقافية الفقيرة والمحرومة أو المضطربة في مراحل الطفولة المبكرة تقود إلى الإعاقة العقلية، إلا أنه لا يتوفر أية أدلة علمية كافية على صحة هذا الافتراض مما دفع بالجمعية الأمريكية للتخلف العقلي إلى استخدام الأسباب النفسية الاجتماعية بدلاً من الأسباب الثقافية- الأسرية، وتحدث الإعاقة العقلية في الغالبية العظمى نتيجة لعامل واحد أو تجميع متشابك من العوامل الثلاثة الآتية:-

1- قد ترجع حالات الإعاقة إلى حالة وراثية معقدة ليست واضحة أو مفهومة تماماً في الوقت الحاضر، في مثل هذه الحالة يميل عدد كبير من أفراد الأسرة إلى الإصابة بالإعاقة العقلية.

2- قد تكون الإعاقة العقلية راجعة إلى عوامل بيئية لا يتوفر فيها للفرد الاستثارة الذهنية الملائمة، أو لا تتوفر للفرد العلاقات الاجتماعية المناسبة التي تسمح بالنمو نمواً ملائماً.

3- قد تؤدي بعض الاضطرابات الصحية أو الأمراض إلى نوع من التلف البسيط في المخ إلى الحد الذي لا يكون فيه التلف ملحوظاً عند الفحص، كثيراً ما تعتبر حالات سوء التغذية، وعدم العناية بالأم والجنين بشكل ملائم أمثلة لهذا العامل الثالث من العوامل المسببة للإعاقة العقلية.

هناك عوامل كثيرة يمكن أن تسبب الإعاقة العقلية، منها عوامل معروفة، ويمكن تحديدها طبياً وهناك عوامل أخرى ليس من السهل تحديدها وليس من السهل أن نضع إصبعنا عليها ونقول: هذا هو سبب الإعاقة.

غير أن هذه العوامل المسببة للإعاقة العقلية، سواء المعروفة منها بصورة مؤكدة، أو غير المعروفة بصورة مؤكدة، تندرج تحت ثلاثة عناوين بارزة هي الوراثة، البيئة، أو مزيج من العوامل الوراثية والبيئة معاً، وكل حالة من حالات الإعاقة العقلية لا بد أن تندرج تحت أحد العناوين الثلاثة السابقة، وإن كان يصعب على الباحثين والأطباء في بعض الحالات أن يقولوا بالضبط إن كانت العوامل المسببة للإعاقة العقلية في هذه الحالات هي عوامل وراثية أم بيئية أم هي مزيج من هذه العوامل وتلك.

وكما هو معروف، فإن الإعاقة العقلية أو التخلف العقلي يصنف إلى درجات وذلك حسب شدة الإعاقة، فهناك حالات بسيطة الإعاقة، وحالات متوسطة الإعاقة وهناك الحالات الشديدة والشديدة جداً، ولحسن الحظ فإن الغالبية العظمى من المعاقين عقلياً هم ذوي الإعاقات البسيطة.

وقد وجد أن الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جداً تنتشر بين الطبقات الاجتماعية المختلفة في المجتمع (الطبقة العليا والوسطى والدنيا) بصورة متساوية تقريباً في حين إن الإعاقة العقلية البسيطة تنتشر بين أفراد الطبقة الفقيرة أو الطبقة الدنيا في سلم الترتيب الاجتماعي بصورة أكبر من انتشارها بين الطبقات الأخرى في المجتمع.

ولعل من المناسب أن نذكر هنا أن معظم حالات الإعاقة العقلية غير معروفة الأسباب، هي حالات الإعاقة البسيطة التي لا يميزها في العادة أي مظهر اكلينيكي معين والتي يصعب على الباحثين أن يضعوا إصبعهم على عامل واحد محدد ويقولون بثقة هذا هو العامل المسبب للإعاقة. ولعل ارتباط الإعاقة العقلية البسيطة بالطبقات الأكثر فقراً في المجتمع هو الذي جعل العديد من الباحثين والمختصين يربطون ما بين سوء التغذية والحرمان الثقافي والبيئة غير المناسبة بشكل عام وبين الإعاقة العقلية، باعتبار أن العوامل السابق ذكرها هي عوامل ملازمة في العادة للفقر الذي يرتبط بدوره بالجهل والتخلف.

وقد أجريت دراسات عديدة حول تأثير هذه العوامل (سوء التغذية، والحرمان الثقافي والبيئي) على القدرات العقلية، حيث ثبت أن لها تأثيراً سلبياً على هذه القدرات، وثبت أيضاً أن تحسين تغذية الأطفال في السنوات الأولى من أعمارهم وتوفير البيئات التربوية الأفضل لهم ينعكس إيجابياً على قدراتهم العقلية.

تصنيف أسباب الإعاقة العقلية:

ولعل من المناسب الآن أن نعود للحديث عن العوامل المسببة للإعاقة العقلية على أساس المرحلة الزمنية التي حدثت فيها هذه العوامل، وهكذا فإنه من الممكن أن نشير إلى المراحل الثلاثة التالية:

1- مرحلة ما قبل الولادة.

2- مرحلة فترة الولادة.

3- مرحلة ما بعد الولادة.

أولاً: العوامل المسببة للإعاقة العقلية في مرحلة ما قبل الولادة:

يمكن تقسيم العوامل المسببة للإعاقة العقلية في مرحلة ما قبل الولادة إلى قسمين أو إلى مجموعتين من العوامل وذلك كما يلي:

أ- العوامل الجينية.

ب- العوامل الغير جينية.

أ- العوامل الجينية

1- الوراثة.

2- الخلل في الكروموسومات

يمكن هنا أن نشير إلى عاملين قد يتسببان في إحداث حالة الإعاقة العقلية لدى المولود.

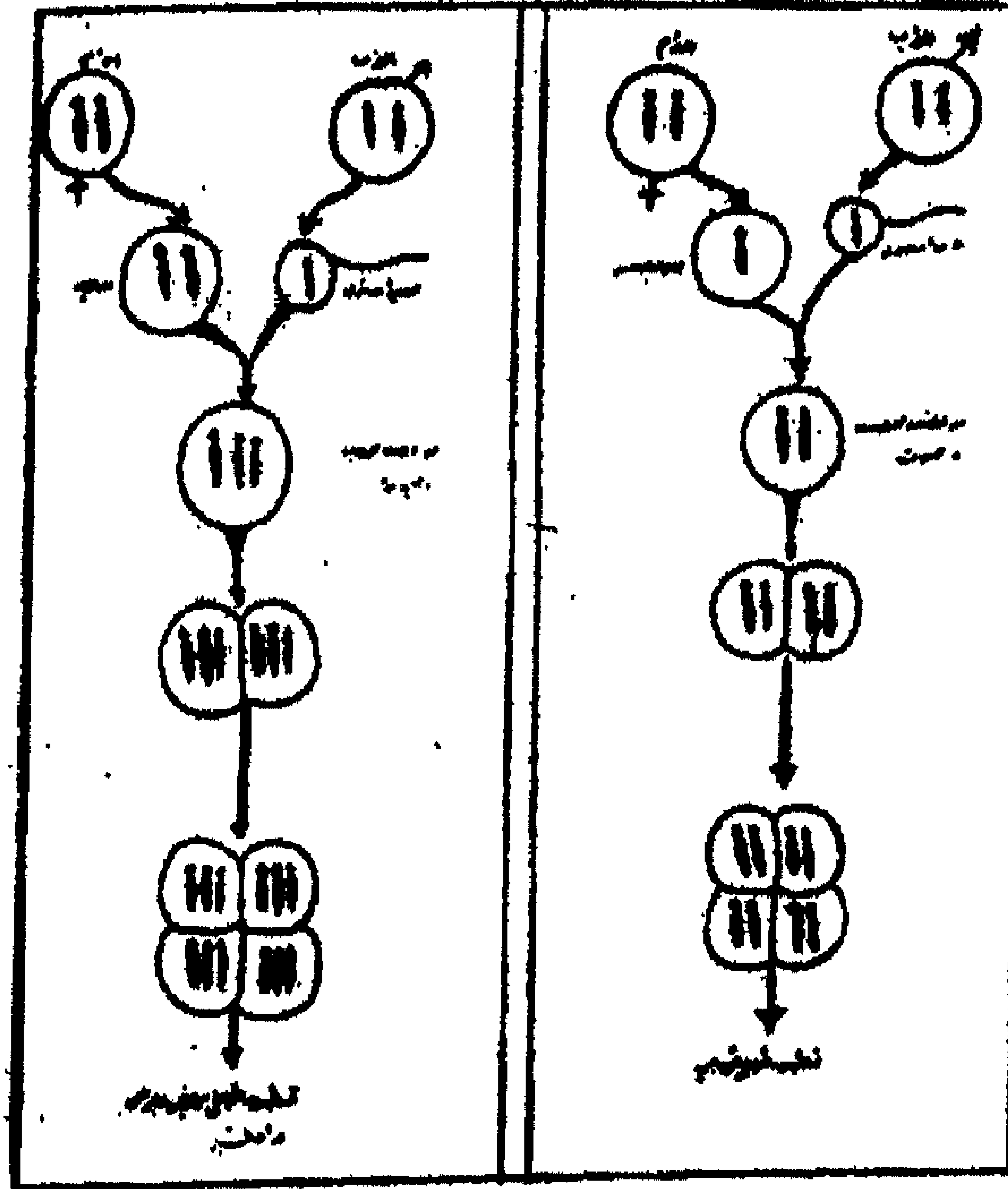
1- العامل الأول هو الوراثة:

الوراثة هي العوامل المسؤولة عن حوالي (80٪) من حالات الإعاقة العقلية، وذلك لوجود تلف أو قصورٍ أو خللٍ في خلايا المخ أو الجهاز العصبي المركزي، الأمر الذي يؤدي إلى إعاقةٍ في الإدراك والوظائف العقلية المتعلقة بالتعلم، وقد تكون العوامل الوراثية إما بطريقةٍ مباشرةٍ أو بطريقةٍ غير مباشرةٍ، حيث تحدث الإعاقة نتيجة لبعض العيوب المخية الموروثة عن طريق الجينات التي يرثها الطفل عن والديه، والتي تحمل الصفات الوراثية للفرد، وقد سميت (الجينات المتنحية) بهذا الاسم لأن الفرد قد يحملها ولا تظهر عليه صفتها، أي أن الأب أو الأم قد يحمل هذه الجينات دون أن يتصف بالإعاقة العقلية، وتعتبر متلازمة داون من أكثر حالات الإعاقة العقلية ألفة للعاديين، وتمثل هذه الحالات (10٪) من حالات الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، كما أنها يمكن التعرف عليها خلال مرحلة الحمل والولادة، ومعدل حدوث حالات داون (1/ 600) من المواليد.

وكما هو معروف فإن صفات الفرد كالطول ولون الشعر ولون العينين وشكل الأنف وغير ذلك من آلاف الصفات الأخرى تحددها الجينات التي تحملها الكروموسومات الموجودة في نواة الخلية البشرية. ويقدر العلماء أن كرموسومات الإنسان تحمل ما بين (60.000 – 100.000) جين نصفها يأتي

من الأب والنصف الآخر من الأم ومن نتيجة تفاعل هذه الجينات بعضها مع بعض تتولد الصفات الوراثية التي تحدد صفات الفرد من مختلف النواحي.

وقد أرادت المشيئة الإلهية أن يكون هناك بعض الجينات الضارة منتشرة في هذا الكم الهائل من الجينات، وقد تمكن العلماء حتى يومنا هذا من معرفة حوالي (2800) جين له صفات ضارة وغير مرغوبة، ولكن لحسن الحظ فإن نسبة انتشار هذه الجينات الضارة بين الناس هي نسبة قليلة جداً، وبعضها نادر جداً، وبالتالي فإن احتمال تزاوج إنسان يحمل أحد هذه الجينات الضارة مع إنسانة تحمل نفس هذا الجين الضار هو في العادة احتمال نادر جداً.



غير أن العائلات المختلفة تتوارث في العادة جينات معينة وتنقلها من الأجداد والآباء إلى الأبناء وأبناء الأبناء ومن هنا فإن زواج الأقارب يساهم في

توفير كل الظروف المناسبة لتوارث هذه الجينات الضارة وظهورها في الأبناء أكثر بكثير مما هو عليه الحال في حال الزواج من خارج العائلة.

ومن الجدير بالذكر الإشارة إلى أنه تلك الجينات وما تحمل من صفات وراثية تأخذ ثلاثة أشكال هي:-

1- الجينات السائدة (Dominant Genes) وتعرف الصفات الوراثية السائدة لأنها قوية وتحمل صفات مرغوب فيها ويكفي وجود جين واحد لظهورها أحياناً.

2- الجينات الناقلة (Carrier Genes) وتعرف الصفات الوراثية الناقلة على أنها صفات غير مرغوب فيها ولكنها لا تظهر على الفرد.

3- الجينات المتنحية (Resessive Genes) وتعرف الصفات الوراثية المتنحية على أنها صفات وراثية مرضية وغير مرغوب فيها ولا بد من توفر جينين متنحيين لظهورها.

ويمكن تفسير دور العوامل الوراثية في نقل الصفات الخاصة بالقدرة العقلية حسب نوع الصفات الوراثية لكلا الأبوين فيما يلي إذا كانت سائدة أو ناقلة أو متنحية:

- الخالية يوجد بها (46) كرموسوم: (23) للأب و (23) للأم.

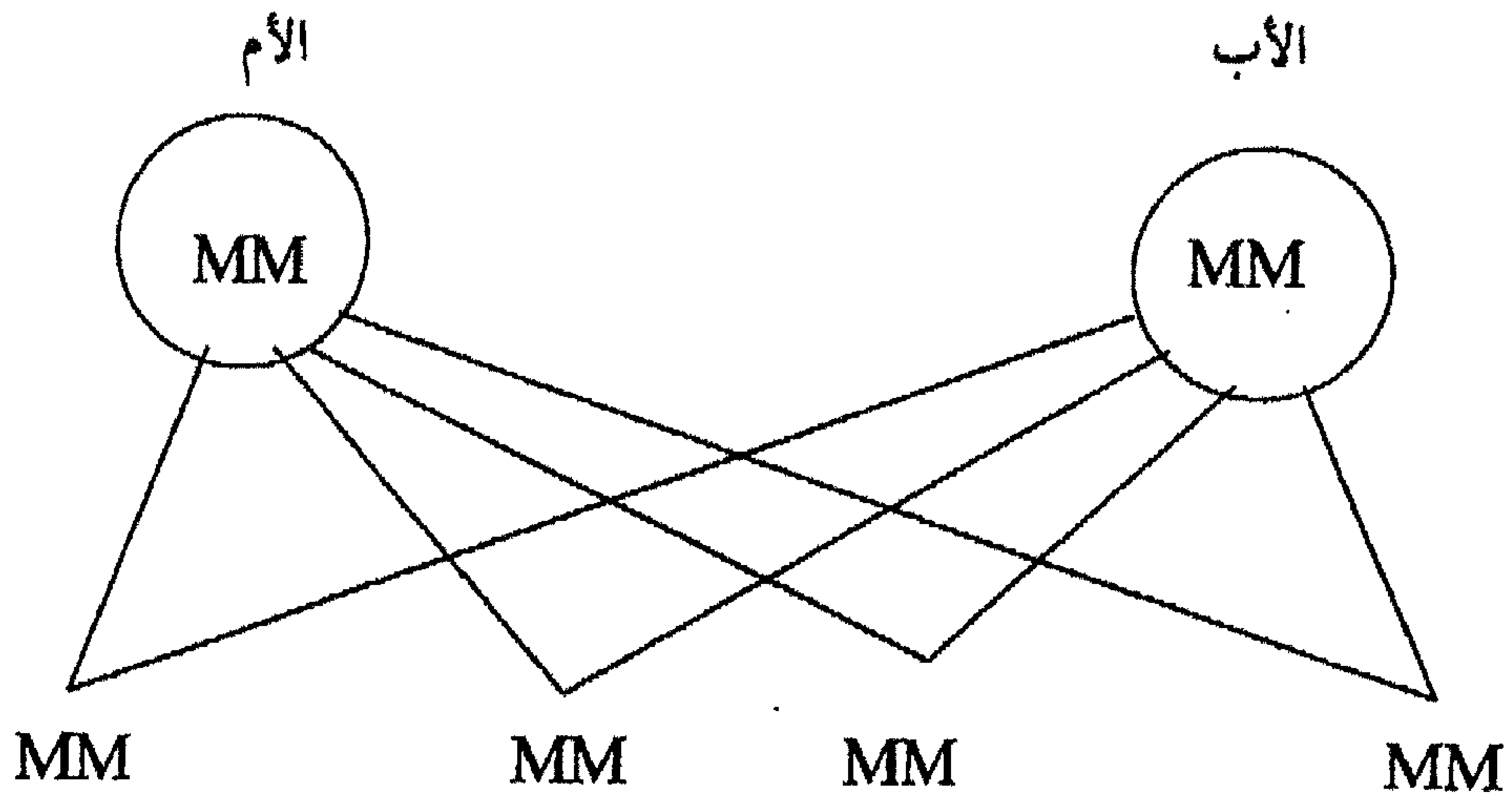
كرموسوم سائد (Dominant Chromosomes)

كرموسوم متنحي (Desessive Chromosomes)

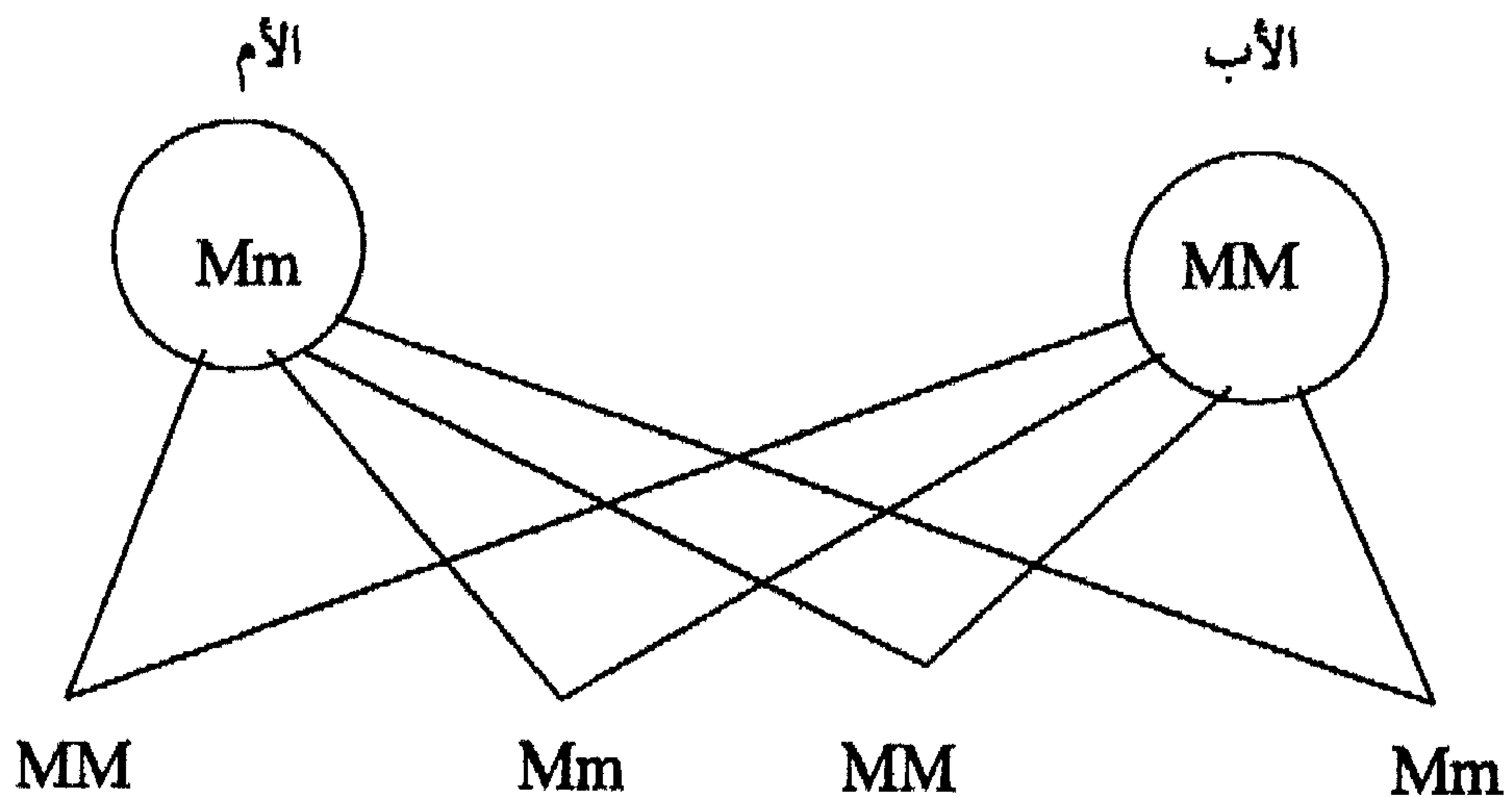
1- الإعاقة العقلية قد تكون موروثة عن طريق الجينات الوراثية السائدة وفي هذه الحالة توجد الصفات السائدة لدى كل من الأب والأم.

القدرة العقلية (M) صفة سائدة (m) صفة متنحية "ناقلة"

ممكن أن نأخذ صفة القدرة العقلية ونرمز لها (M) سائدة، (m) متنحية.

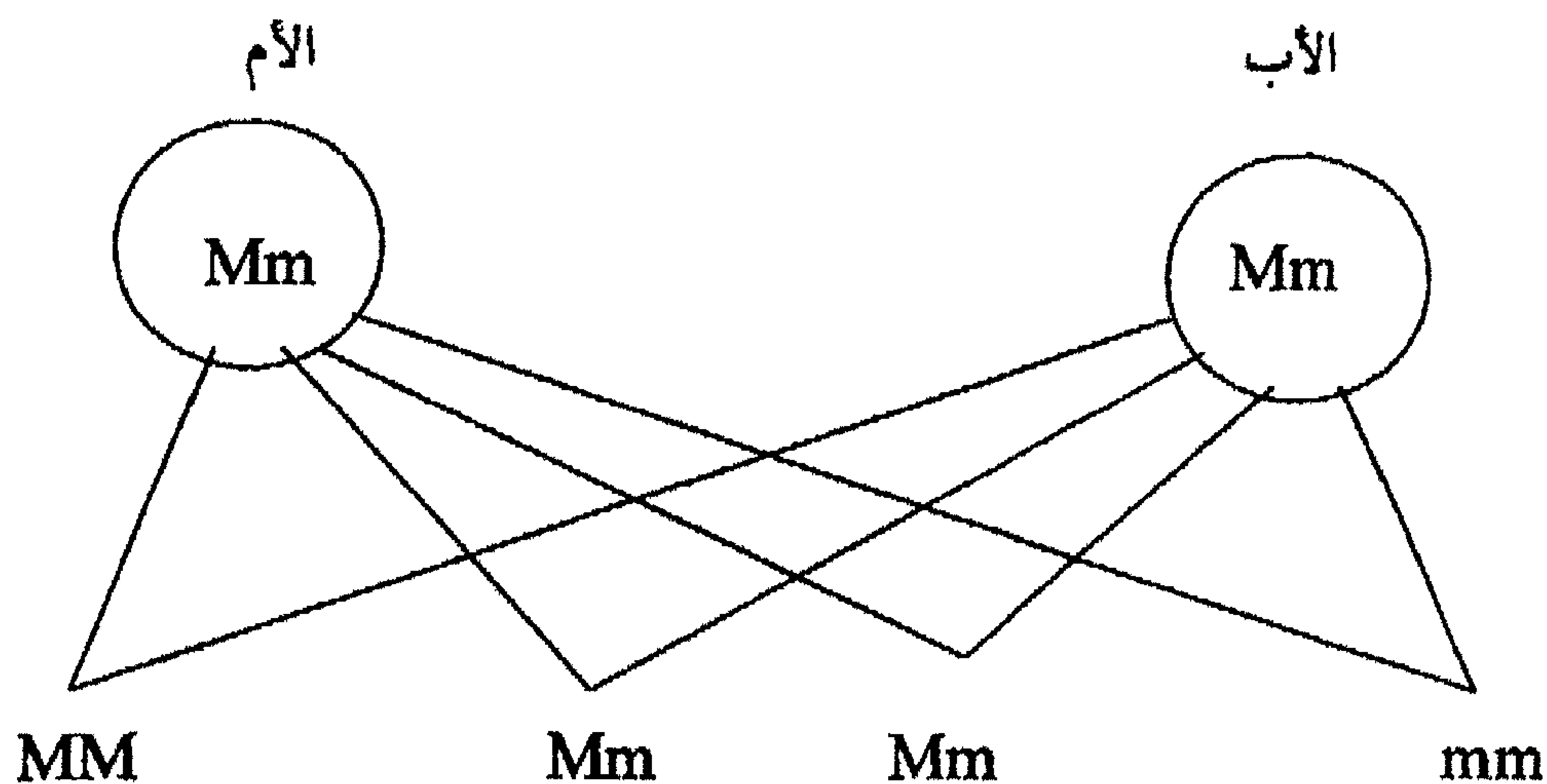


الناتج: صفة نقية أي أن الطفل يرث القدرة العقلية بصفتها النقية (السائدة) من الأبوين.



الناتج: (2) حالة نقية

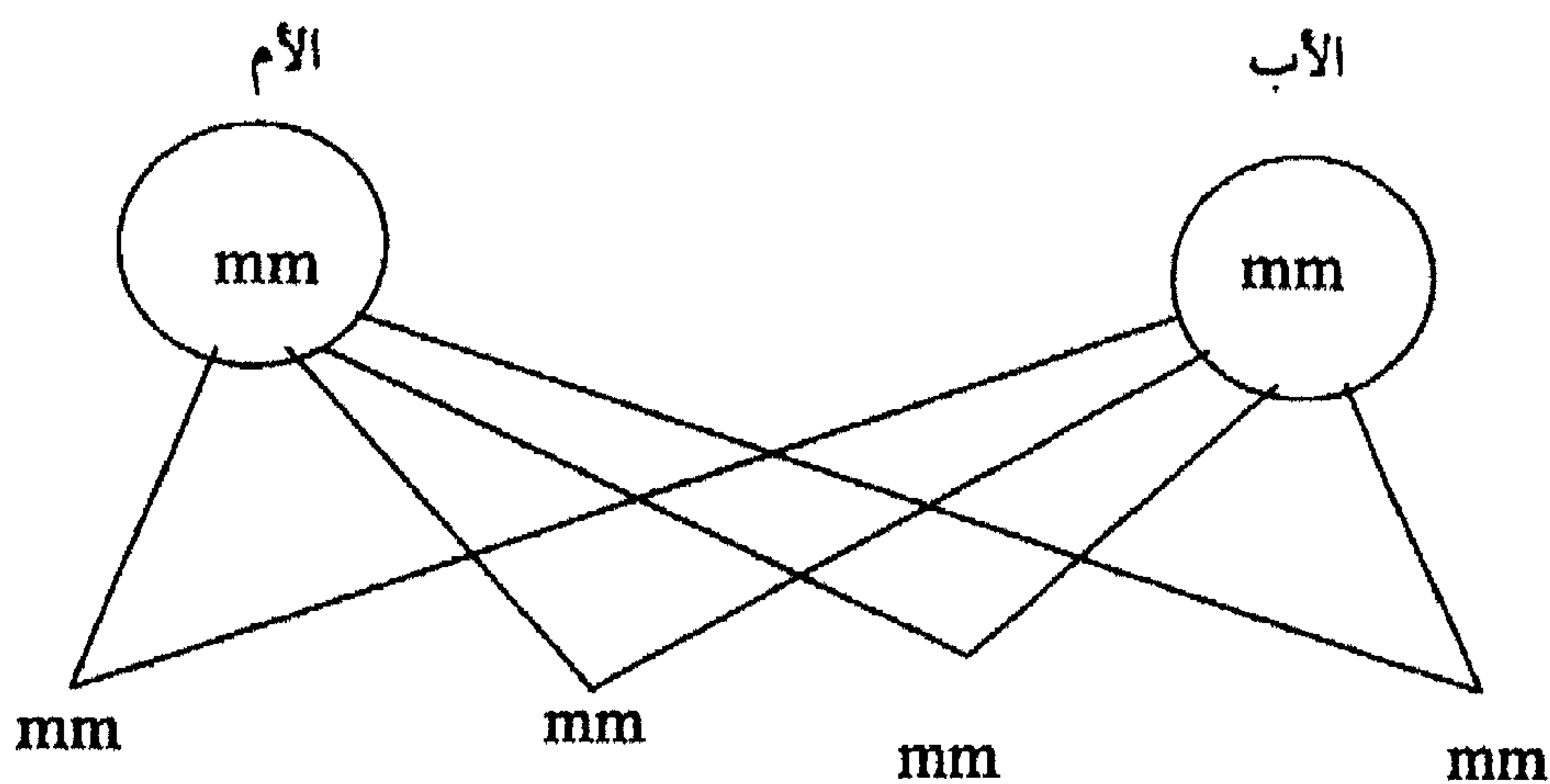
(2) حالة ناقلة



الناتج: حالة نقية

حالة مصابة

حالتين ناقلتين



الناتج: جميع الناتج مصاب وليس ناقل

(التقاء الصفات الوراثية السائدة والناقلة والمتنحية)

2- من حالات الإعاقة التي يكون سببها وراثي هي حالات المنغولية ولها عدد من الأسباب:

* الاضطرابات في الكروموسومات .... (47) كروموسوم أي يوجد كروموسوم زائد في (21) الكروموسوم أي أن هذا الزوج يظهر ثلاثياً.

* انقسام أحد الكرموسومات والتصاقه بكروموسوم آخر (خطأ في موقع الكروموسوم).

- **حالات الفينيل كيتويوريا (البول الفينيل كيتوني) أو اضطراب التمثيل الغذائي أو الاضطرابات الأيضية.**

وهي الاضطرابات التي تحدث أثناء عمليتي الهدم والبناء نتيجة لطفرة غير عادية للجينات، تؤدي إلى اختفاء نشاط إنزيم معين أو انعدام وجود هذا الإنزيم، ويترتب على ذلك تمثيل خاطئ في بعض أنواع الغذاء، وتقدر نسبة انتشار حالات (PKU) (1/ 25000) من المواليد، أما الدراسات الحديثة فقد وضحت أنها (1/ 20.000) طفل.

كما يدخل في هذه الحالات، حالات الأنيميا المنجلية (Sickle Cell Anemi) وحالات الأكياس الدهنية في المخ، المعروفة باسم تاي ساكس (Tay Sacks)، وحضرت الجلاكتوسيميا (Galactosemia)، وحالات مرض السكري، (Diabetes)، حيث يؤدي انعدام أو نقص الإنزيم اللازم لتمثيل الدهون إلى ما يفيد الجسم، إلى ترسيب المادة الدهنية في خلايا المخ، هذه المادة لها تأثير مكثف على الخلايا العصبية للسحاء المخي، وتؤدي هذه الحالة إلى تدهور في المخ وفي النسيج العصبي وأخيراً الموت، ويمكن التعرف على هذه الحالات عن طريق الفحص الخاص بالسائل الأمنيوسي (سحب جزء من السائل المحيط بالجنين وفحصه).

- **حالة الكلاكتوسيميا (Galactosemia)**

وهي أيضاً إحدى حالات الناتجة عن جين متنحي يتصادف وجودهُ في كلا الوالدين وحدوث هذه الحالة أكثر ندرة من حدوث الحالة (PKU) وكثيراً ما يموت

الأطفال حديثو الولادة المصابين بهذه الحالة مبكراً في فترة الرضاعة أو يصابون بالإعاقة العقلية إذا استمروا على قيد الحياة بدون علاج.

وترجع هذه الحالة إلى قصور في عملية تمثيل الكربوهيدارت، ويعود هذا القصور إلى فقدان انزيم معين يساعد في تحول مادة الجلاكتوز (السكر الموجود في الحليب) وأكسدتها تمهيدا لدخول هذه المادة في عملية توليد الطاقة في الخلية.

ولما كانت مادة الجلاكتوز هي من المواد الأساسية الموجودة في الحليب العادي فإن تغذية الطفل الرضيع بالحليب المعتاد سيؤدي إلى نتائج خطيرة بالنسبة لهذا الطفل الرضيع، ومن هذه النتائج إصابته باليرقان (وهذا يحدث عادة بعد يومين أو ثلاثة أيام من بدء تناوله للحليب العادي) وتضخم الكبد وفقدان الوزن نتيجة القيء وفيما بعد يمكن أن يصاب هذا الطفل بالإعاقة العقلية واعتام في عدسة العين.

وتعزى هذه الأعراض عادة إلى تجميع وتركيز بعض المواد الكيميائية في داخل الخلايا وفي السوائل الموجودة في الجسم.

وعلاج مثل هذه الحالة يقتضي وضع الطفل تحت نظام غذائي يخلو من الجلاكتوز والاستعاضة عن الحليب المعتاد ببديل له مثل حليب الصويا (Soya Bean Milk) وغيره.

هناك حالات أخرى كثيرة عن هذه الجينات الضارة ويكون لعامل الوراثة الدور الرئيسي في إصابة الأبناء بها، ومن هذه الحالات حالة القصاع (Cretinism) حيث تشير دلائل متعددة إلى أن بعض حالات القصاع تنتج بسبب من جين متنح يؤدي بدوره إلى خلل كيميائي فيما يتعلق بتركيبه والانتفاع من هرمون الغدة الدرقية وهذا بدوره يؤدي إلى هذه الحالة التي تتميز بالقزامة المصحوبة بالإعاقة العقلية.

وإذا ما أعطي المصاب بهذه الحالة في سن مبكرة مستخلص الغدة الدرقية فإن ذلك يؤدي عادة إلى تحسن ملموس في النمو الجسمي للمصاب ولكن فيما يتعلق بالنمو العقلي فإنه يختلف ما بين حالة وأخرى.

وهناك حالة أخرى (Microcephaly) وترجمتها الحرفية تعني صغر حجم الرأس وأسباب هذه الحالة كثيرة، فتعرض الأم الحامل للإصابة بالحصبة الألمانية، أو التعرض للأشعة قد يؤدي إلى إصابة الجنين بهذه الحالة، وكذلك فقد وجد أن كثيراً من الحالات المصابة بحالة الـ (PKU) تكون مصاحبة أيضاً بصغر حجم الرأس، وقد أشارت بعض الدلائل إلى أن بعض حالات صغر حجم الرأس (المرتبطة بالإعاقة العقلية) هي حالات موروثة وتنتج عن جينات متنحية.

وهناك أيضا حالات كبر حجم الرأس.

بالإضافة إلى الحالات الناتجة عن جينات ضارة متنحية هناك بعض الحالات النادرة التي تنتج فيها الإعاقة عن جينات ضارة سائدة ومن أمثلة الحالات التي تنتج عن مثل هذا الجين السائد هي حالة الـ (Epiloia) وهي حالة يتميز المصابون بها بالإعاقة العقلية من الدرجة الشديدة عادة (ولكن أحياناً قد يكون المصاب بهذه الحالة غير معاق عقلياً) ويرافق هذه الحالة أيضاً الصرع الذي قد يكون أول علامات الإصابة بهذه الحالة، وتبدأ نوبات الصرع في مثل هذه الحالة في خلال السنة الأولى من عمر المصاب، وتتميز بشرة المصابين بهذه الحالة أيضاً بالبثور والأورام الصغيرة الناتجة عن الغدد الدهنية، وكذلك قد تتعرض بعض الأعضاء الداخلية عند المصاب بهذه الحالة لبعض الأورام وخاصة الكلى والقلب والرئتين.

2- العامل الثاني الذي يمكن مناقشته تحت عنوان العوامل الجينية هو الخلل الذي قد يحدث عند انقسام الخلية الجنسية أو أحد الانقسامات المبكرة للبويضة الملقحة والذي قد يؤدي بدوره إلى خلل انقسام الكروموسومات.

ولعل أشهر مثال معروف على مثل هذا الخلل الذي يمكن أن يحدث في عملية انقسام الكروموسومات هي الحالة المسماة بالمنغولية (Down's Syndrome) والتي تم اكتشافها وتشخيصها على يد إنجليزي يدعى (Langdon Down) في عام

(1866) وهو الذي دعى هذه الحالة بالمنغولية لاعتقاده أن هذه الحالة تشابه في مظهرها الجنس المنغولي.

وفي عام (1959) اكتشف ليجوين (Lejeune) مع مجموعة من الباحثين الفرنسيين وجود كرموسوم زائد في الخلايا الجسمية للمصابين بهذه الأعراض، أي أن المصابين بهذه الحالة يحملون ما مجموعه (47) كرموسوم بدلاً من (46) كرموسوم كالمعتاد وقد تبين أنه في (95٪) تقريباً من الحالات فإن هذا الكروموسوم الزائد يعود إلى وجود ثلاثة كرموسومات تحمل الرقم (21) بدلاً من كرموسومين اثنين وتسمى هذه الحالة ترسومي 21 (Trisomy 21).

أما أسباب وجود هذا الكروموسوم الزائد معروفة تماماً من الناحية الطبية ولكن لوحظ أن هناك ارتباطاً طردياً بين ازدياد عمر الأم وبين ازدياد احتمال إنجابها لأطفال مصابين بهذه الحالة أو تكرار إنجاب أطفال مصابين وذلك كما يلي:

عمر الأم	احتمال الحدوث	احتمال تكرار الحدوث
20-30 سنة	1/ 1500	1/ 500
30-35 سنة	1/ 600	1/ 250
35-40 سنة	1/ 300	1/ 200
40-45 سنة	1/ 70	1/ 100
+45	1/ 40	1/ 20

من خلال هذا الجدول يتبين لدينا أنه في الوقت الذي تكون فيه نسبة احتمال إنجاب الأم لأطفال مصابين بالمنغولية وهي في سن يتراوح ما بين (20-30) سنة هو بمعدل واحد إلى (1500)، فإن هذه النسبة تصبح واحد إلى (70) حين يكون عمر الأم فيما بين (40-50) سنة وبعد سن الـ (45) تصبح النسبة هي واحد إلى (40) وهذا يوضح مدى الارتباط.

وتشير بعض الدراسات الحديثة إلى أن الأب قد يكون مسؤولاً أيضاً عن احتمال وجود هذه الحالة، ففي عام (1977) قام ماجنس (R. Magnis) وزملاؤه من جامعة أوريجون (University of Oregon) باستخدام أساليب متطورة في الفحص أثبتت أن الأب مسؤول عن وجود الكروموسوم الزائد في حوالي (20٪) من الحالات التي تمت دراستها.

ومن المناسب الإشارة عند الحديث عن العوامل الوراثية إلى عدد من الملاحظات الهامة هي:

1- يخضع تأثير العوامل الوراثية لعامل الصدفة، عند التقاء الصفات الوراثية في الخلية المخصبة، وهذا ما يفسر ظهور صفات وراثية لدى طفل ما ولا تظهر لدى طفل آخر من نفس الأسرة.

2- تظهر الأشكال السابقة نتائج التقاء الصفات الوراثية نظرياً ويعني ذلك افتراض النواتج المشار إليها ولا يعني بالضرورة أن تكون مطابقة للواقع.

3- يبدو أثر العوامل الوراثية في النواتج المشار إليها إذا افترضنا عدم وجود أي تأثير للعوامل البيئية سواء كان ذلك قبل أو أثناء أو بعد مرحلة الولادة.

4- تؤثر العوامل البيئية وخاصة في مرحلة ما قبل الولادة، كالعوامل المتعلقة بالأشعة السينية أو الإشعاعات أو العقاقير أو الأدوية،... الخ، إلى إحداث خلل في التقاء الكرموسومات وما عليها من جينات، مما يترتب عليه حدوث حالة من حالات الإعاقة العقلية.

5- تنشر المجلات العلمية والطبية نتائج بعض الدراسات المخبرية على الكرموسومات وما تحمله من جينات، والتي تتألف من (DNA) (Dexyribo Nucleic Acid) هو حامض الديوكسيريوينوكلك أسيد، وهو عبارة عن مادة كيميائية تتحكم في تطوير شكل الخلايا والأنسجة لكل فرد، [وتمثل خريطة أو مخطط أو شيفرة وراثية] والتي تمثل الشيفرة الوراثية أو المخطط الوراثي للفرد. وخاصة اضطراب الكروموسوم رقم (21)

والمسؤول عن حالات المنغولية، وذلك بهدف التقليل من آثارها، وهذا ما يسمى في علم الوراثة العام باسم هندسة الجينات.

ب- العوامل الغير جينية:

وتشمل هذه العوامل مجموعة واسعة من الأسباب التي قد تؤثر في الجنين فتؤدي إلى إصابته بالإعاقة العقلية، ويبدأ تأثير هذه العوامل في العادة من لحظة الإخصاب وحتى لحظة الولادة وفيما يلي عرض لأبرز العوامل التي قد تؤثر على الجنين في مرحلة ما قبل الولادة:

1- الأشعة (Reaiation):

تؤثر الأشعة تأثيراً ضاراً بالجنين إذا تعرض لها وعمره أقل من ثلاث أشهر، وقد اكتشف ذلك في الثلاثينات من هذا القرن، عندما كان يتم علاج سرطان الرحم بالأشعة عند بعض النساء الحوامل، فأدى ذلك إلى تعرض الأجنة للإصابة بحالة صغر الرأس (Microcephaly) وأنواع أخرى من التشوهات، وقد أكد ذلك ما حدث في هيروشيما وناجازاكي، حيث تبين أن النساء اللواتي تعرضن إلى الإشعاع الناتج عن انفجار القنبلة الذرية ممن كن في بداية الحمل، فإن حالات صغر الرأس (Microcephaly) بين مواليدهن قد ارتفعت، ويؤيد ذلك أيضاً التجارب التي تم إجراؤها على الحيوانات التي تم تعريضها للأشعة في فترة الحمل.

تستخدم الأشعة السينية في معظم المستشفيات، والعيادات وذلك بسبب من قدرتها على اختراق المواد والأجسام، وذلك لأغراض تشخيص الحالات الطبية المرضية، ويبدو أثر هذه الأشعة قليلاً على الفرد إذا ما تعرض لها مرة في العمر، ولكن المشكلة تبدو في تعرض الأفراد لهذه الأشعة بكميات كبيرة، وعلى ذلك فإن أثر هذه الأشعة يتوقف على عدد من العوامل أهمها:

1- جرعة أو حجم الأشعة: ويقصد بذلك كمية الأشعة السينية التي يتعرض لها

الفرد، فالعلاقة طردية بين جرعة الأشعة السينية ومضارها المتعددة، وتقاس الأشعة السينية بوحدة قياس الأشعة.

2- العمر: ويقصد بذلك المرحلة العمرية الذي يتعرض فيه الفرد إلى تلك الإشعاعات وأخطر مراحل العمر تأثراً بالأشعة السينية هي مرحلة ما قبل الولادة، وخاصة في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل.

وتبدو الآثار المرضية للأشعة السينية في قائمة من الأمراض أهمها:

* الإعاقة بأنواعها وأشكالها، ومنها الإعاقة العقلية، أو السمعية أو البصرية أو الحركية أو الشلل الدماغي، حيث تعمل الأشعة السينية إلى انقسام الخلايا بطريقة غير عادية، كما تعمل على إحداث تلف في الجهاز العصبي المركزي للجنين، وخاصة في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل، ويبدو أثر الأشعة السينية أقل ضرراً على الجنين في أشهر الحمل الأخيرة بسبب من قرب اكتمال مظاهر النمو الجسمي والعقلي للجنين، مقارنة مع الأشهر الثلاثة الأولى من عمر الجنين.

* اللوكميا (Leukemia)، أو ما يعرف باسم سرطان الدم، حيث تعمل الأشعة السينية على إصابة الأجنة، والأطفال فيما بعد، بأنواع من السرطان، ومنها سرطان الدم.

* التشوهات الخلقية للجنين وخاصة حالات الصرع (Eplipsey) وحالات استسقاء الدماغ، وكبر أو صغر حجم الدماغ، وحالات تشوهات العمود الفقري (Spina Bifida).

* الإجهاض (Abortion)، وخاصة إذا تعرضت الأم للأشعة السينية في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.

وعلى ذلك تنصح الأمهات الحوامل بعدم التعرض للأشعة السينية، وعليها التأكد من وجود حمل أم لا يوجد لديها قبل التعرض لتلك الأشعة، وواحدة من العبارات المكتوبة على قسم الأشعة في مستشفى الجامعة الأردنية تقول: سيدتي

تأكدي بأنك لست حامل، وبالمقابل تنصح الأمهات باستخدام جهاز الأشعة فوق الصوتية (Ultra Sound System, Sonography) لأغراض التشخيص الطبي ومراقبة تطور نمو الجنين حيث لا يؤثر ذلك الجهاز على الجنين.

- الأعراض الجسمية، وتبدو في التشوهات الخلقية، والأمراض والتشنجات العصبية، والحركية. وكذلك حالات الإعاقة المختلفة والسرطان، والإجهاض... الخ.
- الطفرات الوراثية، وتبدو آثارها في إصابة المورثات المحمولة على الكروموسومات لدى الذكور والإناث، ويبدو ذلك في تغير تركيب تلك المورثات وإحداث خلل فيها، مما يؤدي إلى نواتج مرضية وغير عادية.

2- الحصبة الألمانية (Rubela German Measles).

الحصبة الألمانية هي أحد أخطر الأمراض التي يمكن أن ينتقل تأثيرها من الأم إلى الجنين، ويعتبر جريج (Mcalistar Gregg) هو أول من اكتشف تأثير هذه الحصبة على الجنين وذلك في عام (1941)، وقد شهد العالم انتشار هذا المرض بصورة وبائية أكثر من مرة وكان لانتشار هذا الوباء في أمريكا في عام (1964) آثار خطيرة، حيث أن هذا المرض قد أدى إلى وفاة أو إصابة أكثر من (50.000) طفل بأضرار بالغة.

ويعتمد مدى احتمال إصابة الجنين وشدة إصابته نتيجة إصابة الأم بهذا المرض على عمر الجنين عند الإصابة، فقد تبين أن احتمال إصابة الجنين هي في حدود (50٪) إذا كانت إصابة الأم بهذا المرض قد حدثت خلال الشهر الأول من الحمل، وتقل النسبة إلى حوالي (22٪) إذا حدثت الإصابة خلال الشهر الثاني أما الإصابة خلال الشهر الثالث من الحمل فإن احتمال تأثير ذلك على الجنين هو في حدود (6٪) فقط وتقل النسبة بعد ذلك أيضاً تبعاً لزيادة عمر الجنين.

وتؤثر الحصبة الألمانية تأثيراً سيئاً على الجنين في حالة إصابته إذ أنها من الممكن أن تؤدي إلى فقدان السمع والبصر، أو إصابة القلب بأضرار، وكذلك تلف الدماغ المرتبط بأنواع من التشوهات الخلقية من مثل صغر حجم الرأس

(Microcephaly) والالتهاب السحائي الدماغي واستسقاء الدماغ (Hydrocephaly) ويرتبط ذلك كله بالإعاقة العقلية.

وبالنظر لخطورة إصابة الأم الحامل بهذا المرض في أشهر الحمل الأولى، فقد يكون من الضروري في بعض الحالات القيام بعملية إجهاض للجنين، وعموماً فإن اتخاذ قرار بهذا الشأن يعود فقط للطبيب المختص الذي يستطيع أن يحدد مدى إصابة الجنين، ومدى الحاجة لمثل هذا الإجراء، وفي مجال الوقاية من هذا المرض يتوفر في الوقت الحاضر تطعيم فعال ضد الحصبة الألمانية يعطى للفتيات اللواتي لم يصبن بهذا المرض، وهذا التطعيم الفعال قد قلل بشكل كبير من خطر الانتشار الوبائي لهذا المرض.

3- الزهري الولادي (Congenital Syphilis).

وقد كان هذا المرض في الماضي يعد واحد من الأسباب الرئيسية التي تؤثر في الجنين قبل الولادة وتؤدي إلى إصابته بالإعاقة العقلية بالإضافة إلى تشوهات أخرى، ولكن في الوقت الحالي، وبعد التقدم الكبير في مجال الكشف عن هذا المرض عند الأم الحامل عن طريق فحص الدم، وفعالية معالجة هذا المرض بالبنسلين فلم يعد السفلس بنفس تلك الدرجة من الخطورة كما كان عليه الحال في الماضي.

4- اختلاف العامل الرايزيسي في دم الوالدين (Rh Blood Incompatibility):

يظهر العامل الرايزيسي لدى الأفراد كصفة سائدة أو ناقلة أو متنحية كأي صفة وراثية أخرى، وعلى ذلك يبدو التركيب الجيني لهذا العامل على الشكل التالي: (RH--) (متنحي)، (Rh+)، (ناقل)، (Rh++) (سائد)، فالمعروف أن حوالي (85٪) من الناس يحتوي دمهم على العامل الرايزيسي أي (Rh++) أما حوالي (15٪) من الأفراد نوع دمهم هو (Rh-) أي لا يحتوي دمهم على هذا العامل، فإذا ما تصادف أن كان دم الأم لا يحتوي على مثل هذا العامل، أي أن دمها كان (Rh-) وكان دم الأب يحتوي على هذا العامل أي أن دمه كان (Rh+) فإن دم الجنين

سيكون موجباً، ويعني ذلك اختلاف العامل الرايزيسي بين كل من الأم والجنين، يؤدي ذلك الاختلاف إلى تكون الأم أجساماً مضادة في دمها، لتدافع بها عن نفسها، حيث تهاجم هذه الأجسام المضادة كريات الدم الحمراء لدى جنينها، مما يترتب عليه تميع الدم لدى الجنين، وبالتالي تلف ما في الجهاز العصبي المركزي لدى الجنين، مما يترتب عليه وفاته أو إحداث حالة من حالات الإعاقة لديه ومنها الإعاقة العقلية.

ومما تجدر الإشارة إليه أن الأم تحتفظ بالأجسام المضادة في دمها عند قطع الحبل السري للوليد حيث يختلط دم الأم مع دم الجنين في هذه اللحظة، بعد الحمل الأول، ولذا فلا يوجد أثر لاختلاف العامل الرايزيسي بين الأبوين في الحمل الأول، بل تحدث آثار ذلك في الأحمال اللاحقة. كما تجدر الإشارة إلى ملامح الأطفال والذين هم نواتج اختلاف العامل الرايزيسي، والتي تبدو في الاصفرار وذلك بسبب من عجز كبد الجنين من تمثيل تميع الدم، وكذلك الأنيميا.

ومن الممكن الكشف عن وجود مثل هذه المضادات في دم الطفل حديث الولادة، وفي حالة الكشف عنها قد يكون من الضروري تغيير دم الطفل، وفي الوقت الحاضر من الممكن حقن الأم بعد الولادة بـ (72) ساعة ببعض المواد التي تمنع تشكيل هذه المضادات في دم الأم وتمنع بالتالي تأثيرها السيء على المولود التالي. وبالإضافة إلى اختلاف العامل الرايزيسي (Rh) فإن هناك بعض المخاطر التي قد تنتج عن اختلاف فصائل الدم الرئيسية (A- B-O) بين فصيلة دم الأم وفصيلة دم الجنين، ولكن لحسن الحظ فإن ذلك أقل شيوعاً من حالة اختلاف العامل الرايزيسي (Rh). وعلى ذلك لم تعد مشكلة اختلاف العامل الرايزيسي مشكلة صعبة لها أثارها السلبية كما كان الحال في الستينات من هذا القرن.

5- **تعاطي العقاقير والأدوية أثناء الحمل (Drug Ingestion).**

لعل غالبية الأمهات حالياً يدركن خطورة تناول العقاقير والأدوية أثناء فترة الحمل وخاصة خلال أشهر الحمل الأولى، ولعل ما حدث في أوروبا في الستينات من هذا القرن فيما يتعلق بعقار الثاليدوميد (Thalidomide) وما أدى إليه من ولادة ما يزيد عن (3600) طفل من المصابين بتشوهات خلقية نتيجة تناول أمهاتهم لمثل هذا العقار أثناء فترة الحمل، لعل ذلك يعطي واحداً من أبرز الأمثلة على خطورة هذا الأمر، وقد أصبح الآن معروفاً في الأوساط الطبية أن عدداً من العقاقير والأدوية، يمكن أن تؤدي إلى التأثير سلبياً على نمو الجنين إذا تناولتها الأم الحامل، وخاصة في خلال أشهر الحمل الأولى.



الصورة لفتاة حيث يظهر الأثر الضار لعقار التاليدوميد وتبدو الأطراف في الصورة في حالة ضمور

وتذكر المراجع العلمية والنشرات الإعلامية قائمة بتلك العقاقير والأدوية ومنها:-

* الأدوية المهدئة، ومنها مادة الثالدوميد (Thalidomide) والأسبرين، والفاليوم.
* المضادات الحيوية (Antibiotics)، ومنها كل المضادات الحيوية التي توصف للمريض والتي تعمل على قصف فيروس المرض الذي يتسبب في العديد من الأمراض والالتهابات.
* الهرمونات (Hormones)، ومنها كل المواد الكيميائية التي تعمل على تنشيط

الغدد أو إنقاص نشاطها، وخاصة الهرمونات الجنسية، وتلك الهرمونات المتعلقة بنشاط الغدة الدرقية.

* العقاقير والمخدرات، ومنها الكوكائيين، والهيروين، والمورفين.
* الكحول بأنواعها. وتبدو آثار هذه العقاقير والأدوية والكحول في العديد من مظاهر النمو غير العادي لدى الأجنة ومنها:
* الإعاقة العقلية، وحالات صغر أو كبر حجم الدماغ.
* الإعاقة الأخرى كالإعاقة البصرية أو السمعية أو الحركية أو الشلل الدماغي.
* الإجهاض، أو الولادة المبكرة.

6- الإدمان على الكحول.

يؤثر إدمان الأم على الكحول في فترة الحمل تأثيراً سيئاً على الجنين وقد اكتشفت أعراض إصابة الجنين نتيجة إدمان الأم على الكحول في فترة الحمل مؤخراً نسبياً وذلك في عام (1973)، وسميت هذه الأعراض (FAS) الأعراض الكحولية للأجنة (Foetal Alcohol Syndrome) وتتمثل هذه الأعراض بنقص النمو وتشوهات في الوجه والجمجمة وعيوب في الأطراف بالإضافة إلى التخلف العقلي البسيط وأحياناً الشديد.

وقد أشارت بعض الدراسات التي أجريت على الأمهات الكحوليات إلى عدد من الآثار السلبية على نمو أطفالهن في مرحلة الحمل، ومنها تلك الدراسة التي أجرتها فيري (Furey, 1982) والتي راجعت فيها عدداً من الدراسات ذات العلاقة، وعلى ذلك ظهور مصطلح جديد يدلل على أثر تناول الكحول من قبل الأمهات الحوامل، وهو المصطلح المعروف باسم الأعراض الكحولية للأجنة حيث أشارت الدراسة على عدد النساء الكحوليات في الولايات المتحدة الأمريكية يصل إلى حوالي خمسة ملايين حالة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى الآثار التالية:-

* التشوهات الجسمية لدى أطفالهن (FAS) وخاصة في نمو الفكين، والأنف، والجلد، والقلب، ومشكلات أخرى في النمو الحركي وخاصة مهارات التآزر البصري الحركي.
* تدني القدرة العقلية، إذا تتراوح نسب ذكاء (44٪) من هؤلاء الأطفال (FAS) ما بين (50 إلى 83) على مقاييس الذكاء المعروفة مثل مقياس ستانفورد بينيه أو مقياس بيليه (Bayley Scales).
* تزايد معدل الوفيات لدى الأطفال (FAS): إذ تصل نسبة وفيات هؤلاء الأطفال إلى (17٪) مقارنة مع الأطفال العاديين والتي تصل إلى حوالي (2٪).
* مشكلات واضحة في مظاهر النمو العام وخاصة في مظاهر الطول الوزن، لدى (97٪) من هؤلاء الأطفال (FAS) مقارنة مع الأطفال العاديين أو المجموعة المرجعية.

وتبدو تلك المشكلات المتعلقة بالنمو الجسمي أكثر وضوحاً لدى أطفال الأمهات الكحوليات المدخنات بشكل مزمن (Heavy Smokers).

وعلى ذلك لا تنصح الأمهات الكحوليات على الحمل إلا بعد برامج وقائية محددة، كما لا تنصح الأمهات الحوامل بتعاطي أية أدوية أو عقاقير إلا بمشورة الطبيب المختص.

7- الأمراض المزمنة عند الأم (Chronic Maternal Illness).

كثير من الأمراض المزمنة عند الأم الحامل قد تؤدي إلى أضرار تصيب الجنين، وعلى سبيل المثال فإن ضغط الدم الزائد والسكري ومرض الكلى تضيف تعقيدات وأخطار إضافية بالنسبة للجنين، من ناحية أخرى فإن الأم المصابة بحالة الـ (PKU) تكون عرضة لأن تحمل أطفالاً معاقين عقلياً حتى ولو لم يكونوا مصابين هم أنفسهم بحالة الـ (PKU) نتيجة ارتفاع نسبة حامض الـ (Phenylalanine) في

جسمها، وللوقاية من مثل هذه الحالة ينبغي أن تراعي الأم الحامل المصابة بمثل هذه الحالة النظام الغذائي البديل الذي يحافظ على نسبة حامض الـ (Phenylalanine) ضمن الحدود المقبولة.

8- الولادة قبل الأوان (Prematurity).

الولادة المبكرة هي واحدة من الأسباب الرئيسية للإعاقة العقلية، وهذا السبب لوحده مسؤول عن حوالي (24.5٪) من حالات الوفيات عند الأطفال حديثي الولاة وهو مسؤول أيضاً عن حوالي (15-20٪) من جميع حالات الإعاقة العقلية.

هناك أسباب كثيرة يمكن أن تؤدي إلى الولادة قبل الأوان، ويعتبر التوائم هم أحد العوامل المؤدية للولادة المبكرة ويؤدي إفراط الأم في التدخين في فترة الحمل إلى الولادة المبكرة أيضاً، وكذلك يؤدي تسمم الحمل إلى مثل هذه الولادة المبكرة أحياناً.

وبشكل عام فإن الولادة المبكرة تؤدي إلى تقليل احتمالات أن ينمو هذا الطفل نمواً سليماً لما يؤدي إليه من نقص في وزن الطفل حديث الولادة ونقص في نمو الأعضاء.

9- الإجهاد العاطفي (Emotional Stress).

دور الإجهاد العاطفي أو الضغوط النفسية أثناء فترة الحمل غير واضح تماما ولكن يبدو أن من المنطقي القول أن الإجهاد الشديد سواء على الصعيد الفكري أو الجسمي من الممكن أن يؤثر على الجنين، ولما كان من الصعب جمع معطيات علمية دقيقة حول هذا الموضوع، فإنه يمكن القول بشكل عام، أنه كلما كانت فترة الحمل صحية من جميع الأوجه، كلما كانت الفرصة أفضل أمام الجنين لينمو نمواً سليماً.

10- تلوث الماء والهواء (Air & Water Pollution).

تعتبر المياه الملوثة والهواء الفاسد من العوامل التي تؤثر بطريقة غير مباشرة على نمو الجنين، وخاصة إذا ما تعرضت الأم الحامل إلى تلوث واضح في الماء والهواء، وخاصة في البيئات التي تزداد نسب تلوث الماء والهواء بالغازات والمواد العادمة ونتاج المصانع الكيماوية، إذ تؤثر تلك المواد إلى نتائج غير مرغوب فيها وخاصة على الجهاز العصبي المركزي للجنين، وقد يترتب على ذلك حدوث شكل ما من أشكال الإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات.

ويعرف الهواء النقي، هو ذلك الهواء الذي يتضمن نسباً معينة من الأكسجين (78٪) ومن النيتروجين والمواد الأخرى (22٪).

وإذا زادت نسب المواد الأخرى في الهواء، مثل ثاني أكسيد الكربون وبخار الزئبق والرصاص والكبريت فيؤدي ذلك إلى مشكلات في الجهاز التنفسي للأم الحامل ونقص نسبة الأكسجين الذي يصل إلى الجنين مما يؤدي إلى مشكلات متعددة للجنين تتمثل في الإعاقة العقلية أو الإعاقات الأخرى أو الوفاة أحياناً.

كما يعرف الماء النقي بأنه ذلك الماء الصالح للشرب والذي لا طعم له ولا لون ولا رائحة، وتقل فيه نسبة المواد الملوثة مثل: المواد العضوية والطبيعية والصناعية والمبيدات ...الخ. وتعتبر المواد الملوثة للمياه مصدراً من مصادر إصابة الأم بالأمراض ومن ثم انتقالها بطريقة ما إلى الجنين ما يؤدي إلى حدوث حالة من حالات الإعاقة للجنين أو فرصة للأمراض الفيروسية.

11- عوامل أخرى تؤثر في فترة الحمل (سوء التغذية، والأمراض المزمنة مثل ضغط الدم والسكري ومرض الكلى):

هناك عوامل أخرى عديدة من الممكن أن تلعب دوراً في أثناء الحمل، مثل سوء التغذية بالنسبة للأم الحامل، ونقص اليود، وحوادث التسمم التي قد تتعرض

لها الأم والحوادث الأخرى، كل ذلك قد يكون له دور في نمو الجنين وتعريضه بالتالي لاحتمال إصابته بالإعاقة العقلية، وأيضاً الكثير من الأمراض المزمنة عند الأم الحامل قد تؤدي إلى أضرار قد تصيب الجنين، مثل ضغط الدم الزائد، والسكري ومرض الكلى.

ثانياً: عوامل تحدث أثناء الولادة.

على الرغم من أن فترة المخاض والوضع قصيرة إلا أنها ذات أهمية في آثارها على الوليد، ويمكن الإشارة إلى العوامل التي تقع أثناء الولادة، وهي كما يلي:

1- **الأطفال المبتسرون (عدم اكتمال الحمل)**: تفيد الدراسات إن هناك علاقة بين الإعاقة العقلية وبين الولادة المبتسرة، فالولادة المبكرة لها مجموعة من الأسباب، والنتائج، وكلها تكون ضد الوليد، فالمواليد غير المكتملين أكثر عرضة للتلف العصبي، وهم أكثر عرضه للوفاة من المواليد.

2- **الإصابات الجسمية (Physical Traurmas)**: قد تحدث أثناء الولادة بعض التعقيدات والتي تؤدي إلى حدوث جروح في دماغ الطفل، أو إلى نزيف داخلي، حيث يمكن أن يحدث هذا أثناء المخاض، نتيجة لوضع الجنين أو الأدوات المستخدمة في الولادة، وقد يؤدي التلف إلى التخلف الشديد والشلل والتشنجات، أو الشلل المخي ومشكلات في الإدراك ونشاط حركي زائد.

3- **الإسفكسيا (Asphyxia)**: قد يفقد المولود الوعي أو ربما يموت نتيجة نقص الأكسجين، وتكون المشكلة في نقص الأكسجين قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها مباشرة، أما الأسباب التي تؤدي إلى نقص الأكسجين، فهي التسمم وانفصال المشيمة، والنزيف، واستطالة مدة الوضع، وزيادة جرعات الأوكسيتوسين (Oxytocin) (هو مادة هرمونية كيمائية تستخدم لدفع وتنشيط الولادة)، كذلك استخدام المهدئات والمسكنات والتخدير.

4- **الحمل الخطر**: من الحالات التي ينبه لها الأطباء المتخصصين والتي تكون فيها خطورة بشكل كبير هي:-

1- أن تكون الأم في عمر تحت سن العشرين أو فوق سن الأربعين.

2- المستوى الاقتصادي المتدني مع تقارب فترات الحمل.

3- المشكلات السابقة للأم في الحمل، كالأطفال المولودين غير مكتملي النمو، أو لديهم تشوهات.

4- الأم التي تعاني من السكر وارتفاع الدم بشكل مزمن.

5- الأم التي لديها عامل (-Rh) أو دمها غير متوافق مع دم الجنين.

5- الصفراء (Kerricterus): تحدث هذه الحالة عند تدمير خلايا الدم الحمراء بشكل سريع، ويكون الكبد غير قادر على تمثيل الصفراء مما ينتج عنه نقص في الأكسجين، وهذه الصفراء تؤدي إلى تلف عصبي، وتتمثل الأعراض باليرقان (تلون الجسم باللون الأصفر وبياض العين)، تسمم خلايا المخ، وقد تكون الإعاقة العقلية شديدة، ويكون لدى الطفل قصور إدراكي، وتأخر في اللغة، ونشاط زائد وصعوبات في التعلم.

6- التشنجات (Seizures): تحدث هذه التشنجات نتيجة لاختلال الأكسجين وحوادث الولادة، وذلك بسبب كبر رأس الجنين عن الحوض، أو عند إخراج الطفل.

7- نقص السكر (هيبوجلسيميا) Hypoglycemia: يؤدي نقص السكر في الدم إلى الإعاقة العقلية، وتشمل أعراض الهيبوجلسيميا بعد الولادة بالتبلد، ضعف الصراخ الصادي عند الطفل، التشنجات والزرقه، ضعف حركة العضلات، وعدم انتظام التنفس، وصعوبة التغذية، ودوران العين.

8- العدوى (Infection): يمكن أن تؤدي عدوى الجنين عند الولادة، وقبلها أو بعدها إلى حدوث تلف في الجهاز العصبي، فالحصبة الألمانية وشلل الأطفال قد تسبب التهاب المخ، والتهاب السحايا في الطفل حديث الولادة.

أما الالتهابات التي تصيب الجنين، بسبب عوامل فيروسية أو بكتيرية، من العوامل الفعالة المساهمة في إحداث تلف في الجهاز العصبي المركزي، ومن تلك الإلتهابات:

* التهاب السحايا (Meningits)، حيث تعتبر إصابة الجنين بهذا المرض سبباً هاماً من أسباب حدوث حالات الإعاقة ومنها العقلية أو الوفاة.

* التهاب الدماغ (Brain Infections) حيث يعتبر إصابة الجنين بهذا المرض سبباً هاماً من أسباب حدوث حالات الإعاقة ومنها الإعاقة العقلية.
* التهابات أخرى ناتجة بسبب سوء التغذية المادة الدماغية البيضاء (الحفل الأبيض)، أو بسبب الاضطرابات الفيروسية الأخرى.

أثر التسمم في حدوث الإعاقة العقلية (Intoxication).

قد تؤدي الإصابة بالتسمم إلى الإعاقة العقلية، من ذلك التسمم الناجم عن الرصاص (Lead) وأكسيد الكربون (Carbon mooxide) والزرنيخ (Arsenic) والكينيين (Quinine) وهو مادة شبه قلوية شديدة المرارة يعالج بها مرض الملاريا. وغير ذلك من المواد التي تسبب التسمم، وتترك آثارا سلبية على الذكاء. وبعد ميلاد الطفل قد يصاب بالتسمم بالمواد السامة وقد تؤدي هذه السموم إلى تدمير دماغي، وإلى إعاقة عقلية من ذلك بعض الأحماض (Salicylates). وهناك نوع آخر من الاضطراب باسم (Kernicterus) ويشير هذا المرض إلى الصبغة الصفراء لبعض تجمعات الخلايا العصبية، وعلى وجه التحديد التجمعات من نوايا الخلايا، ويشمل ذلك الـ (Basalganglia) ونواة الهيبوثلموث (Hypothalamic neclei) وتعرف هذه الصبغة (Pigmentation) بأنها (Bilirubin). وتبدو العلامات الأولى لهذا المرض في ظهور صعوبات في التغذية والدوخة (Drowsiness)، وعدم ثبات درجة حرارة الجسم وصيحات عالية من البكاء، وبعد ذلك يظهر نوع من الجمود العضلي، وفي الحالات الأكثر شدة، فإن الأعراض تزداد بشدة وكثافة، وقد تقود إلى الوفاة، وقد تستمر الأعراض وتظل باقية في الأحياء من الأطفال الذين يبدون كما لو كانوا أسوياء لعدة شهور، وبعد ذلك يظهر عليهم الصمم والإعاقة العقلية.

ولحسن الحظ هناك انخفاض ملحوظ في معدلات الإصابة بهذا المرض في الوقت الراهن نتيجة للاكتشاف المبكر لهذا المرض واستخدام انتقال السوائل إلى وريد الطفل (Fluid Trans Fusions) وقد يؤدي التلقيح (Inoculation) ضد التيتانوس أو ضد الجدري (Smaupox) أو داء الكلب (Rabies) والتيفوئيد

(Typhoid) وقد يؤدي التطعيم (Vaccines) إلى تدمير دماغي أو عصبي، وبعض الاضطرابات في السلوك، وكذلك الضعف العقلي (Mental deficiency)، إلى جانب هذه الأسباب المتعلقة بحالات التسمم، قد تحدث الإعاقة العقلية من جراء الإصابة بالجروح أو الرضوض أو الصدمات المختلفة (Trauma).

قد تحدث الإعاقة العقلية قبل ميلاد الطفل بسبب التدمير الفيزيقي من جراء الجروح (Injuries) أو عند الميلاد أي في أثناء عملية الولادة قد يتعرض الطفل للجروح أو بعد ميلاده مباشرة.

كذلك قد يتأثر الجنين في بطن أمه في أثناء مرحلة الحمل من جراء تعرض الأم لقدر كبير من الإشعاع (Irradiation) ويتوقف مقدار التلف على المرحلة التي يوجد فيها الجنين من مراحل نموه، فإذا حدث التعرض للإشعاع في الرحم خلال الشهور الثلاث الأولى من عمر الحمل، فإن نسبة احتمال الإصابة بالإعاقة العقلية تكون عالية جداً. وتلعب جروح الميلاد دوراً في حدوث الإصابة بالإعاقة العقلية. وتكون الأعراض التي تحدث بعد الميلاد مباشرة عبارة عن صعوبات في عملية التنفس لدى الطفل الوليد (Respiratory) مع التقلصات أو التشنجات (Convulsions) وعجز الطفل عن ممارسة عملية الامتصاص الطبيعية أو الحركات اللازمة لهذه العملية (Sucking) وفي الحالات الأقل حدة، قد لا تظهر الأعراض مباشرة بعد الميلاد، ولكنها تظهر في مرحلة الرضاعة، ونعني بذلك التدمير أو التلف الدماغي، وكذلك في الطفولة المبكرة من حياة الطفل، وذلك في شكل أنماط مختلفة من بينها الإعاقة العقلية.

أما في الحالات التي يصاب فيها الجنين بالتسمم، فإن استخدام الآلات (Forceps) لإنزال الطفل يزيد من نسبة حدوث النزيف في دماغ الطفل. نسبة الأطفال بالإعاقة العقلية بين هذه النوعية من الأطفال تصل إلى عشرة أضعاف حدوثها في الأطفال الأسوياء، كذلك من العوامل المسؤولة عن الإعاقة العقلية الميلاد المبكر للطفل، وهناك أعداد كبيرة من الأطفال يولدون قبل النضوج الكافي يقدر عددهم في مجتمع الأميركي بـ (300) ألف طفل. يموت من هؤلاء (45) ألفاً

خلال الشهور الأولى من الحياة أي نحو (15٪) من مجموع هؤلاء الأطفال. ونسبة كبيرة من الأحياء يبدو عليها الإعاقة العقلية.

كذلك الشلل الدماغي (Cerebral palsy) من العوامل المسؤولة عن الإعاقة العقلية، وهو عبارة عن عجز حركي يرجع إلى التدمير الدماغي العضوي. وليس هذا مرضاً واحداً، ولكنه حالة يصاحبها كثير من مظاهر العجز، ولها أسباب عدة. والعرض الرئيسي في هذه الحالة هو العجز في التآزر الحركي، وقد تظهر أيضاً الإعاقة العقلية في عدد من الحالات.

وهناك مرض (Disease Infantilke cerbral Lipidosis Ortay Sachs) ويتم نقل هذا الاضطراب كجين متنحي مفرد. وفي هذه الحالة المرضية يبدو الرضيع كما لو كان طبيعياً عند الميلاد، ولكن تظهر علامات الإعاقة العقلية عليه من الشهر الأول حتى نهاية السنة الأولى.

كذلك يمكن تمييز المرض المعروف باسم الفينيل كيتين يوريا (PKU) (Phegnylketonuria) ويرجع إلى وجود صعوبة في هضم نوع معين من البروتين، ويؤدي إلى الإعاقة العقلية، ويتم نقله كسمة بسيطة ومتنحية، في هذه الحالة يكون الطفل عاجزاً عن الهضم. ولذلك معظم هذه المادة تنزل مع بول الطفل، وتظهر على هؤلاء الأطفال كثير من الأعراض الجسمية إلى جانب الإعاقة العقلية.

وهناك اضطراب متعلق بإفراز الغدة الدرقية (Hyperthyroidism) من قلة أو انعدام الهرمون الذي تفرزه الغدة الدرقية (Thyroid hoprmone, Thyroxin) ويشار إلى هذه الحالة باسم (Cretinism) أي القصاع أو القزامة، أي قصر القامة المرتبط بالضعف العقلي نتيجة لنقص إفراز الغدة الدرقية في مرحلة الحمل وفي الطفولة المبكرة، وهناك حالات من الضعف العقلي قد ينتج من الأورام (Tumours) من ذلك مرض (Neurofibromatosis or von Reckling housens disease) وهو عبارة عن حالة صحية تظهر فيها بقع على جلد المريض ذات لون بني غامق، وتظهر هذه البقع بأحجام مختلفة، وقد تظهر أورام في الجلد

أيضاً، وعلى الرغم من أن معظم هذه الحالات تظهر ذكاء عادياً، إلا أن الإعاقة العقلية يظهر في بعضها.

هناك مرض آخر ينتقل عن طريق الجين المسيطرة، وهو مرض (Tuberous Sclerosis Orepiloia) وتتخذ أعراضه أشكالاً عدة، تظهر في شكل عقد صغيرة وأورام في المخ وفي أجزاء أخرى من جسم الإنسان، وعدد من الطفوح الجلدية التي تشبه شكل الفراشة التي تنتشر على وجه المريض، وسرعان ما تتسع لمناطق أوسع، وقد يصاحب هذه الحالة تقلصات أو تشنجات (Convuisions) وإعاقة عقلية.

وهناك مرض تضخم الرأس (Large Headedness) (Macrocephaly)، ومن أعراضه تضخم في حجم الجمجمة مع زيادة حجمها ووزنها (Skull) والعجز البصري أو العجز أو الإعاقة في الإبصار (Visual impairment) وتقلصات. هذا الاضطراب ينشأ من النمو المضطرب أو غير الطبيعي للخلايا، تلك التي تعضد بناء نسيج المخ. وهناك "مرض صغر حجم الرأس" (Small Headedness) (Microcephaly) يشير إلى وجود توقف أو تعطل في نمو المخ في الشهر الرابع أو الخامس من تكوين الجنين، كذلك فإن وجود ورم في المخ يسبب أيضاً (Hydrocephalus) من جراء تجمع كميات غير طبيعية من السائل الشوكي في داخل الجمجمة.

ثالثاً: عوامل تحدث ما بعد الولادة.

قد يولد الطفل طبيعياً وصحيح البنية، ولكن قد يتعرض للإصابة بالإعاقة العقلية، إذا تعرض لمرض أو حادثة تؤذي دماغه وجهازه العصبي في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة.

أما الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة العقلية في مرحلة ما بعد الولادة فهي:-

1- **سوء التغذية.**

ومن أسبابها الحرمان والفقر والعادات السيئة في التغذية، فسوء التغذية يرتبط بعوامل مثل المستوى الاجتماعي، وبالعوامل التي تقع قبل الولادة، أو

أثناءها، والتي لها صلة بالإعاقة العقلية، وهذه كلها تؤدي إلى مشكلات في الجهاز العصبي ومنها نقص فيتامينات (ب1، ب2، ب3)، ونقص اليود في الطعام والذي يؤدي إلى تضخم الغدة الدرقية واضطراب التمثيل الغذائي فتؤدي إلى القصاع، ونقص الحديد يؤدي على الأنيميا، وجميعها يؤدي إلى الإعاقة العقلية.

2- **التهاب السحايا (Meningities).**

مرض يصيب الأطفال الصغار أكثر من الكبار وينتج عن دخول البكتيريا إلى سحايا الدماغ، فتسبب التهابها، ومنها الحمى الشوكية والتي تؤدي إلى ارتفاع درجة الحرارة، والصداع والقيء وتصلب الرقبة والرعشة، وآلام في الظهر والأذن، وتشير الدراسات إلى أن (15-20٪) من الأطفال الذين يصابون بهذا المرض يعانون من الإعاقة العقلية.

3- **خلل الغدد:**

هناك بعض حالات الإعاقة العقلية التي يتأخر ظهورها، قد تكون نتيجة خلل في الغدد الصماء، مثل حالات نقص إفراز الغدد الدرقية، والتي تنشأ عن نقص اليود في الطعام، كذلك حالات انسداد القنوات الناقلة للسوائل للجهاز العصبي المركزي، نتيجة لحدوث تصلبات درنية، وفي حالة التاي ساكس (Taysachs) فإن أعراض الاضمحلال العصبي لا تكون واضحة عند الميلاد، ولكن نتيجة لخلل إنزيمي متوارث فإن مادة دهنية قابلة للذوبان تجتمع في خلايا الأعصاب، وبالتدريج فخلايا قشرة المخ تتلاشى، وفي المادة البيضاء فإن عملية التنخيع (Myelination) (أي تغليف خلايا العصب للجهاز العصبي المركزي) تتوقف وتحدث تكسر لها والخلايا التي تدخل في نقل الومضات العصبية من الشبكية في العين إلى المخ يمكن أن تمتلئ بالدهون، وهذه المشكلات تؤدي إلى الإعاقة العقلية خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة.

4- **المواد الكيماوية (Chemicals):**

تختلف آثار السموم الواحد عن الآخر، ويختلف تأثيرها على الجسم من فرد لآخر، حيث أن المخ الذي لم ينضج بعد يكون أكثر عرضة للضرر من المخ الناضج،

كذلك إن مناطق معينة في المخ أكثر حساسية لبعض السموم من مناطق أخرى، وهذا قد ينتج عن اختلاف كمية الدم التي تصل إلى جزء عن الآخر، فإذا ماتت خلايا في عصب فإن وظيفتها تستمر بواسطة خلايا أخرى.

فالمواد الكيماوية ذات تأثير سام على الجهاز العصبي المركزي فتحدث ضرراً بنقص الأكسجين عنها، أو أنها تؤثر بشكل مباشر على الأنسجة فتحدث تلفاً، وقد يكون حاد أو مزمن.

5- مبيدات الآفات (Pesticides):

تعتبر المبديات من أخطر المواد تأثيراً على الإنسان، فمبيدات الحشرات والحشائش، والمخصبات الزراعية، ومبيدات الفطريات، والكبريت ومركبات الزئبق قد ينتج عنها التسمم وربما تؤدي إلى الموت.

6- اليرقان:

هو أحد الأسباب المؤدية للإعاقة العقلية، سواء جاء من عدوى أم من اختلاف دم الأبوين، لذا يجب استشارة الطبيب بأسرع وقت ممكن، إذ من الممكن إيجاد علاج يمنع الأذى عن المواليد.

7- المعادن (Metals):

تعتبر المعادي الثقيلة ذات تأثير مضر فتؤدي إلى تلف الجهاز العصبي، ومنها الزئبق والرصاص والتي تتلف المخ، ودلت الأبحاث إلى أن (98٪) من الرصاص في الهواء والذي يأتي من عوادم السيارات يستنشقه الإنسان، وفي حالات التسمم الشديد فإن حدوث التلف في المخ يؤدي إلى التشنجات والاضطرابات في الإبصار، وتعتبر الأجنة في بطون أمهاتهم والأطفال الصغار والمراهقون هم أكثر الفئات تعرضاً للتسمم خاصة بالزئبق، فتؤدي إلى الإعاقة العقلية، والإعاقة البصرية، والتشنجات، وضعف العضلات.

8- الحوادث والصدمات (Trauma Brain Injury):

تعتبر الحوادث والصدمات التي يتعرض لها الطفل في مرحلة ما بعد الولادة سبباً رئيسياً في ظهور حالات من الإعاقة العقلية، وخاصة تلك الحوادث والصدمات التي تؤثر بشكل مباشر على منطقة الرأس، كحوادث السيارات والضربات المباشرة أو الوقوع على الرأس، إذ تصاحب مثل هذه الحوادث أو الصدمات عادة نقصاً في الأوكسجين، أو نزيفا في الدماغ، أو كسورا في الجمجمة أو المخ، مما يؤدي إلى تلف الجهاز العصبي المركزي وبالتالي الإعاقة العقلية.

9- الأمراض والالتهابات:

تعتبر الأمراض والالتهابات التي يتعرض لها الأطفال في سنوات حياتهم الأولى سبباً مباشراً من أسباب حدوث الإعاقة العقلية، أو غيرها من الإعاقات الأخرى. ومن الأمراض التي تصيب الأطفال في مرحلة عمرية مبكرة خاصة إذا لم يتم تطعيم الأطفال ضدها، النكاف والحصبة والجدري والتهاب السحايا، والتهاب الدماغ، واضطرابات الغدد،... الخ.

وتؤدي مثل هذه الأمراض، وخاصة حين يصاحبها ارتفاع في درجة الطفل، إلى إحداث نتائج غير مرغوب فيها كالاضطرابات العصبية، وحالات من الإعاقة، كالإعاقة العقلية، إذ تؤثر فيروسات هذه الأمراض إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي للطفل، ومنها الحمى الشوكية والتي تؤدي إلى ارتفاع درجة الحرارة، والصداع والقيء، وتصلب الرقبة والرعشة، وآلام في الظهر والأذن، وتشير الدراسات إلى أن (15-20٪) من الأطفال الذين يصابون بهذا المرض يعانون من الإعاقة العقلية.

10- سوء استخدام العقاقير والأدوية (Drug abuse):

تعتبر العقاقير والأدوية سبباً رئيسياً من أسباب حدوث حالات الإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات أو حالات أخرى من الاضطرابات العقلية والنفسية.

وتعمل هـذه العقـاقير والأدويـة، كونهـا مـواد سـامة، وخاصـة إذا أخـذت بكميات مبالغ بها، إلى تلف الجهاز العـصبي المركـزي، وإلى العديـد مـن الأمـراض العقلية والنفسية والعصبية.

وفيما يلي قائمة بتلك العقاقير والأدوية كما تذكرها الجمعية العربية للتوعيـة من العقاقير الخطرة والمخدرات:-

- المنومات والمهدئات، وتبدو آثارها في اضطراب القدرات العقليـة، وحـوادث السير، والاضطرابات العصبية... الخ.
- الأفيون والهيروين، وتبدو آثارها في الاضطرابات العقلية والعصبية، والتهـاب الكبد الفيروسي ومتلازمة نقص المناعة (الإيدز) والتهاب السحايا... الخ.
- المـشروبات الكحوليـة، وتبـدو آثارهـا في الاضـطرابات النفـسية والعقليـة، وأمراض تشمع الكبد، ومشكلات في الجهاز العصبي.
- التدخين، ويبدو آثاره في أمـراض الجهـاز التنفـسي، والـسرطان، وارتفـاع في ضغط الدم واضطرابات الجهاز الهضمي، والاضطرابات العصبية.

الفقر والحرمان وعلاقتهما بالإعاقة العقلية

بالإضافة إلى ما سبق، فإن الحرمان الثقافي والظروف البيئية غـير المناسـبة قـد تلعب دوراً سلبياً في نمو وتطور ذكاء الأطفال كما ذكرنا سابقاً، يضاف إلى ذلك أنـه قد لوحظ أن الأطفـال غـير المرغـوب فـيهم أو الأطفـال المنبـوذين أو الأيتـام قـد يتعرضون أكثر من غيرهم للحرمان من المؤثرات البيئية والاجتماعية المناسبة مما قـد يؤثر بدوره سلبياً على مستوى تطور قدراتهم العقلية.

وبالرغم من أن ما هو معروف حتى الآن من أسباب وعوامل الإعاقة العقلية يربو على مئة سبب وعامل، إلا أنها تتسبب في (25٪) فقـط مـن حـالات الإعاقـة المعروفة. وهذا يعني أن لا يزال هناك حالات من الإعاقة العقلية لا يبدو فيها الفرد مختلفاً عن غيره من الأسوياء من حيث المظهر الجسمي العام، إلا أن وظائفه العقلية محدودة بعض الشيء. وتمثل هذه الفئة (75٪) من حالات الإعاقـة العقليـة ويمكـن

تصنيفهم في فئة الإعاقة البسيطة (Mild Retardation). يستطيع الفرد من هذه الفئة تدبير أموره في الحياة بطرق متعددة، رغم أن معظم هؤلاء الأفراد يحتاجون إلى الرعاية الاجتماعية والتدريب خلال سنوات النمو.

يعتقد الكثير من علماء النفس أن الكثير من هذه الحالات إنما تكون نتيجة مباشرة لظروف البيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الفقيرة، ويدللون على ذلك ببعض الدراسات التي اتخذت أنماطاً مختلفة تراوحت بين دراسة حالات فردية لأطفال حرموا من البيئة الثقافية والاجتماعية كطفل الأفيرون الفرنسي الذي عمل معه ايتارد (Itard) والدراسات المقارنة بين البيئات الثقافية والدراسات التجريبية المضبوطة.

يقول هنت (Hunt, 1961) على أثر دراسة تحليلية للدراسات التي تناولت موضوع العلاقة بين الخبرة والنمو العقلي، أن للخبرات المبكرة المناسبة التي يتعرض لها الطفل أثراً فعالاً في زيادة النمو العقلي.

العوامل الاجتماعية والثقافية وأثر البيئة في حدوث الإعاقة العقلية

لقد شدد العلماء والباحثون في مجال الإعاقة، في السنوات الأخيرة، على العوامل الاجتماعية والثقافية، باعتبارها أكثر العوامل تسبباً للإعاقة بكافة أشكالها. كما أكدوا نتيجة للدراسات التي قاموا بها، أن للمؤثرات البيئية، في المحيط الذي ينشأ فيه الطفل، نتائج قد تكون سلبية وقد تكون إيجابية، وكلها تنعكس عليه.

وتنشأ الإعاقة العقلية من اتحاد أو تحالف أو تضافر العوامل الوراثية مع العوامل البيئية، ذلك لأن معظم حالات الإعاقة العقلية لا يبدو فيها شذوذ بيولوجي كما يقاس بوسائل التشخيص المتاحة حالياً، ولذلك أهتم العلماء بدراسة الدور الذي يمكن أن يؤديه الحرمان المبكر، الحرمان الانفعالي أو النفسي، ووجود اضطراب في علاقة الطفل بوالديه، فالأطفال المحرومون انفعالياً أكثر حساسية للضغوط النفسية، كذلك، فإن نقص تناول الفيتامينات يسبب سرعة الإصابة بالعدوى أو سرعة انتقال العدوى (Infection)، الحرمان العقلي يؤدي إلى تباطؤ

النمو أو تباطؤ معدلات النمو، شدة القابلية للإثارة بعوامل البيئة وضغوطها، ويقلل هذا من القدرة على التكيف أو التوافق أو التواؤم في مستقبل حياة الطفل.

وقد تشكل- مستقبلاً- الكثير من ميزاته الجسمية، أو العقلية، أو الخلقية، مما يؤثر على مستقبل حياته بشكل خاص، وعلى المجتمع وتطوره بشكل عام. كما أكد هؤلاء الباحثون، من خلال النتائج التي توصلت إليها دراساتهم، الميدانية منها والمسحية، أن أكثر حالات الإعاقة، تنحدر من بيئات مختلفة اجتماعياً وثقافياً، تعاني من تدني المستوى الاقتصادي، وتنتمي إلى الطبقة الفقيرة، أو إلى الأسر المفككة، التي تعاني من الخلل في العلاقات الزوجية والعائلية، كما تعاني من أمية الوالدين، وغيرها من العوامل، التي تتشابك وتتفاعل مع بعضها، مما حدا بالعلماء، القيام بدراسات ميدانية، وتجارب مختلفة، للتعرف على تلك العوامل، وأكثرها تأثيراً.

ولا شك أننا في عالمنا العربي في حاجة إلى إجراء الدراسات المسحية والإحصائية للتعرف على حجم انتشار مشكلة الإعاقة العقلية بين أبناء المجتمعات العربية في الوقت الراهن والتعرف على أسبابه ووضع البرامج اللازمة للوقاية منه مستقبلا. في بعض المجتمعات كالمجتمع الهندي مثلاً تتراوح النسبة ما بين (0.7) و(4٪) من مجموع السكان تلك النسبة التي تختلف باختلاف الدراسات، ذلك لأنه لا يوجد دراسة عامة على المستوى القومي لمشكلة الإعاقة العقلية في الهند. وعلى افتراض أن النسبة حتى (2٪) من مجموع السكان، فمعنى ذلك أن في المجتمع العربي الذي يبلغ تعداد سكانه (140) مليون نسمة، هناك ما يعادل (2.8) مليون حالة. كذلك هناك حاجة إلى إنشاء معاهد ومراكز بحث للإعاقة العقلية.

ولقد توصل العالم هيربرتت بتش (H. Bich)، نتيجة لإحدى دراساته الميدانية، إلى أن الإعاقة العقلية، الناجم عن التخلف الاجتماعي والثقافي للطبقة الفقيرة، التي ينحدر منها الطفل المعاق عقلياً، يعادل تسعة أضعاف ما هو موجود في الطبقة الغنية. وقد وجد أن ذلك يرتبط بانخفاض المستوى الاقتصادي، والكثافة السكانية، والوضع المتردي في المحيط البيئي، الذي يعيش فيه الطفل، من حيث

تخلف الوالدين اجتماعياً وثقافياً، وكذلك لسوء التغذية والأمراض، وغيرها من العوامل الاجتماعية والثقافية الأخرى.

ولزيادة إيضاح الدور الذي تؤديه العوامل الاجتماعية والثقافية والبيئية، على مستوى قدرات وإمكانات الطفل العقلية والجسمية، قام علماء البيئة بدراسات عديدة أهمها الدراسة التي قامت بها رنا كازوي (R. Kazway, 1969). حيث تشكلت العينة التي أجريت الدراسة عليها من (238) فرداً من سكان وادي برانش الذين يعيشون في إحدى مناطق الولايات المتحدة، ويمتازون بالتخلف الاجتماعي والثقافي، في كافة المجالات.

كما يمتاز سكان هذه المنطقة، بالانطواء على أنفسهم، وانعدام الاتصال فيما بينهم وبين المجتمعات الحضارية المحيطة بهم. وتتفشى بينهم الأمية، والأمراض، ويعانون من سوء التغذية، ومن الكثافة السكانية، ومما زاد في سوء أوضاعهم وترديها، الإهمال الذي يلاقونه من الدولة، في مجال الخدمات المقدمة إليهم.

ولقد توصلت الباحثة، من خلال دراستها المسحية والميدانية، التي قامت بها، إلى أن أطفال هؤلاء القوم، يمتازون بالإعاقة العقلية، إذا قيست قدراتهم، بالقدرات العقلية، لأطفال المجتمعات المحيطة بهم، والذين هم في مثل أعمارهم. كما توصلت الباحثة، إلى أن أكثر الأطفال ذكاء في هذه المنطقة، لا تتجاوز نسبة ذكائه (70٪)، وذلك نتيجة لاختبارات الذكاء (I.Q) التي أجرتها الباحثة، على مجموعة من أطفال سكان هذه المنطقة.

وتعقب الباحثة قائلة: "إننا لا يمكن أن نعزي الإعاقة العقلية لهؤلاء الأطفال، إلى عامل واحد من العوامل الاجتماعية والثقافية. كما لا يمكن أن نحدد أكثر العوامل تأثيراً من هذه العوامل، فهل هو عامل أمية الوالدين مثلاً، أو سوء التغذية، أو الأمراض التي يعانون منها، أو التخلف الحضاري، للمحيط البيئي، الذي يعيش فيه الطفل بصورة عامة؟ غير أن الواقع الواضح، أن كل

هذه العوامل، إضافة إلى عوامل أخرى، تتضافر مع بعضها البعض، لتؤدي في النهاية إلى تخلفهم العقلي.

وأن الحقيقة الأساسية الثابتة، في مجال العوامل الاجتماعية والثقافية، المؤدية للإعاقة العقلية، هي أن زيادة عدد المعاقين، إنما يكون لدى البيئات الفقيرة الأمية، المتخلفة اجتماعياً وثقافياً. غير أننا لا يمكن أن نحدد عاملاً معيناً، مسبباً للإعاقة، فهل هو عامل البيئة التي ينشأ فيها الطفل والتي تخلو من الحوافز التي تدفعه للتعلم، أم هو الأسلوب المتبع في التعليم في المدارس الواقعة في المناطق الفقيرة؟ قد يعزى التخلف الدراسي الذي يعاني منه هؤلاء الأطفال في دراستهم، إلى أنه ناجم عن الخلفية البيئية، المتخلفة اجتماعيات وثقافياً، أو إلى نقص في قدراتهم العقلية، سببته عوامل اكلينيكية. غير أن الظروف في كل هذه الأحوال، وبخاصة ظروف البيئة المتخلفة، التي يعيش فيها الطفل، تكون حائلاً دون التمكن من رفع قدرات هؤلاء الأطفال، إلى المستوى الذي يهدف القائمون، على تعليم وتدريب هؤلاء الأطفال، إلى الوصول إليه.

وفي رأي علماء البيئة: أن (25٪) من حالات الإعاقة العقلية، تعود إلى العوامل الإكلينيكية. بينما ينتمي الباقي (75٪) منها إلى حدوث حالات الإعاقة العقلية، الناجمة عن العوامل الاجتماعية والثقافية، وأكثر هؤلاء ينحدرون -كما أشرنا سابقاً- من بيئات تعاني من تدني المستوى الاقتصادي، والتخلف الاجتماعي والثقافي. مما يتطلب العمل على رفع مستوى هذه البيئات، وإغنائها من كافة الجوانب، سواء أكانت هذه الجوانب اجتماعية أم ثقافية، أم اقتصادية.

إن موضوع العوامل الثقافية الاجتماعية، وتأثيرها باعتبارها عوامل أساسية على الطفل، كان منذ سنوات خلت، ولا يزال إلى اليوم، موضوع جدل ونقاش حاد بين علماء البيئة من جهة، وعلماء النفس والوراثة من جهة أخرى. ويستند علماء البيئة في جدلهم، إلى النظرية القائلة: "أن التجارب والخبرات المبكرة، تؤدي دوراً أساسياً في مستوى ذكاء الطفل". وهي نظرية البيئة، التي اعتنقها علماء البيئة، فهم يؤكدون أن البيئة تقوم بدور أساسي، في ذكاء وسلوك

الطفل، فهي التي تعرضه إلى مختلف أنواع الإعاقات، أو تحوله إلى طفل منحرف أو جانح. ويعتبر العالم البيئي ج.ب. واتسون (J.B. Watson)، من أكثر العلماء البيئيين اعتناقاً لهذه النظرية. وهو الذي قال جملته المشهورة: (أعطني أطفالاً أصحاء، وبيئة رفيعة المستوى، وأنا أثبت لك، بأنني سأدرب هؤلاء الأطفال، على أن يكونوا أخصائيين، في أي اختصاص أختاره أنا لهم، أطباء كانوا أم محامين، بل حتى لصوصاً ومتسولين، دون مراعاة ما يمتلكونه من قدرات وإمكانات، أو إقامة أي اعتبار لجنسهم وأصلهم).

لقد وجدت هذه النظرية اعتراضات جمة، من قبل علماء النفس، وهؤلاء يعزون تشبث الآباء والأمهات بآرائهم واعتناقهم فكرة سهولة رفع مستوى ذكاء أطفالهم المعاقين عقلياً، وتحويلهم إلى أطفال اعتياديين في ذكائهم إلى علماء البيئة.

إلا أنه وبالرغم من كل هذا التناقض في الآراء، والجدل والنقاش، حول الدور الأساسي، للعوامل الاجتماعية والثقافية، بين علماء البيئة، وعلماء النفس والوراثة، فإن الدراسات الميدانية، أثبتت أن هناك بعض التغيرات، التي تطرأ على مستوى ذكاء الفرد، ولكن إلى حد ما، خلال مراحل حياتهم، كاستجابته لمؤثرات التعلم. أو من خلال رفع المستوى البيئي للفرد اجتماعياً وثقافياً، إذ قد أثبت ذلك علماء النفس، من خلال التجارب التي قاموا بها، على الحيوانات وعلى الأطفال. فقد توصل العلماء من خلال تجربة أجريت على مجموعة من الأطفال، الذين كانوا يعيشون في دور للأيتام، تخلو من حوافز التعلم، أن القدرات العقلية لهؤلاء الأطفال قد ارتفعت، بعد إعلاء المستوى البيئي، وتغير المؤثرات البيئية، وتهيئة حوافز للتعلم لهم، من خلال البرامج العلاجية المقدمة إليهم، غير أن هذا الارتفاع في مستوى القدرات العقلية، بدأ بالانخفاض تدريجياً، بعد فترة من توقف البرامج العلاجية. وهذا يؤكد الجوانب السلبية، في نظرية علماء البيئة المشار إليها سابقاً. وإضافة إلى ذلك: فقد توصل علماء النفس، إلى أن الأطفال الذين ينحدرون من بيئات متخلفة اجتماعياً وثقافياً، يملكون ذكاء اعتيادياً، وهو جانب آخر في مجال انتقاد النظرية البيئية، التي تعزو

ارتفاع أو انخفاض مستوى الذكاء، للمؤثرات البيئية فقط. وهنا يتوارد سؤال ملح، عن مدى أهمية الخبرات التي يخوضها الفرد، في طفولته المبكرة، هل تعتبر هذه الخبرات المؤشر الوحيد، الذي يرفع مستوى قدرات الطفل العقلية؟ وهل تضيف الخبرات التي يخوضها الفرد، في مراحل حياته المختلفة، متغيرات أخرى على هذه القدرات؟.

وإجابة لهذه الأسئلة، قام العالم النفسي -جيروم كاجان- (J. Kagan). بتجربة على عينة من أطفال إحدى المناطق النائية، في (غواتيمالا)، حيث يمتاز سكان هذه المنطقة، بتقاليد معينة، في طرق تربية أطفالهم، ومنها: أن الطفل خلال السنة الأولى من حياته، يحرم من أي اتصال بالآخرين، حيث يعزل في غرفة مظلمة، مربوطاً بسريره طيلة الوقت، ممنوعاً من الحركة، دون أن يكلمه أحد، وغير مسموح له باللعب مع الأطفال الآخرين، وفي نهاية السنة الثانية من عمره، يسمح له بالخروج من عزلته، حيث يبدأ اهتمامه بالناس، وبالعالم المحيط به. ولكن لا يسمح له باللعب مع زملائه وأخوته، إلا في السنة الرابعة والخامسة من عمره. ولدى مقارنة هؤلاء الأطفال، من حيث نسبة الذكاء، مع أطفال الولايات المتحدة، الذين هم في مثل أعمارهم، وجد العالم بأنهم يتخلفون أثنى عشر شهراً -أو سنتين- في قدراتهم العقلية واللغوية، لحرمانهم من الخبرات الحياتية واللغوية. كما توصل العالم النفسي، إلى أنهم بالرغم من إفساح المجال لهم، بعد السنة الثامنة والتاسعة من أعمارهم، لتحمل بعض المسؤوليات، في العمل مع الوالد في الحقل، إلا أنهم وبعد إعادة اختبارات الذكاء، لا زالوا متخلفين عن أطفال الولايات المتحدة، وأطفال المقاطعات الأخرى، التي لا تطبق مثل هذه العزلة على أطفالها، غير أنهم وبعد بلوغهم مرحلة الشباب، سرعان ما يوازون في نسبة ذكائهم، نسبة ذكاء الشباب في مثل أعمارهم، سواء أكان ذلك في الولايات المتحدة، أم في المقاطعات الأخرى، رغم الاختلاف الناجم عن حرمانهم من الخبرات الحياتية واللغوية، خلال مراحل نموهم، نتيجة للتخلف الاجتماعي والثقافي لبيئتهم ومجتمعهم، إضافة إلى نقص المؤثرات والحوافز البيئية للتعلم، لتدني المستوى التعليمي.

وهذا مما يؤكد: أن الخبرات التي يمارسها الفرد، في مرحلة الطفولة المبكـرة، ليست المؤثر الوحيد، الذي يساهم في إعلاء مستوى ذكاء الفرد، بل تتلاحم هذه الخبرات جميعا، مع الخبرات التي يخوضها في المراحل اللاحقة، من طفولته وحياته بصورة عامة.

ولزيادة إيضاح أثر المحيط البيئـي، علـى القـدرات العقليـة، ومـن ثـم أثـر الإغناء البيئي من حيث رفع المستوى البيئي، الذي ينشأ فيـه الطفـل، مـن كافـة الجوانـب الاجتماعيـة والثقافيـة الـصحية والنفـسية، قـام (مـشروع ميلـوكي Milwakee Project) وبرئاسة ريك هيبر (Rick Heber) ومجموعته بتجربة علـى عينة من الأمهات المتخلفات ثقافياً واجتماعياً، واللاتـي يعـشن في أكثـر المنـاطق فقـراً في الولايـات المتحـدة، المعروفـة بانخفـاض المـستوى المعيـشي، والأوضـاع السكنية المتدنية المزدحمة. وقد كانت العينة تتألف من (89) أماً، لا تتجاوز نـسبة ذكائهن (75٪). ثم اختار مجموعة أخرى تتكون مـن (50) أمـاً، مـن الأمهـات اللاتي تتجاوز نسبة ذكائهن (100٪)، لغرض المقارنة بـين المجمـوعتين. ثـم بـدأ بتنفيذ المشروع، بإغناء المحيط البيئي للمجموعة الأولى، حال عودة الأمهـات مـع مواليدهن من المستشفى، وذلك من خـلال تقـديم الـبرامج العلاجيـة المختلفـة، الاجتماعية والثقافيـة والـصحية، والـبرامج المفعمـة بـالحوافز المختلفـة، للـتعلم والتطور اللغوي، للأمهات والأطفال في آن واحـد، ولفـترة (60 شـهراً)، بينمـا تركت المجموعة الثانية دون إغناء بيئي. وبعد إجـراء اختبـارات مـستوى الـذكاء لأطفال المجموعة الأولى، توصلت النتائج إلى أنهم قد حـصلوا علـى مـا مجموعـه (26) نقطة، من حيث نـسبة الـذكاء، أعلـى مـن مـستوى نـسبة الـذكاء أطفـال المجموعة الثانية، الذين ينحدرون من أمهـات، يملكـن نـسبة ذكـاء (100٪) فمـا فوق.

ثم أعيد الاختبار، بعد بلوغ الأطفال السنة التاسـعة مـن العمـر، أي بعـد ثلاث سنوات من بدء المرحلة التعليميـة في المدرسـة، وتوصـلت النتـائج، إلى أن أطفال المجموعة الأولى، بلغت نسبة ذكـائهم (106٪)، بينمـا بلغـت نـسبة ذكـاء

المجموعة الثانية (79٪)، ثم واصل المشروع التجربة، للتأكد من تأثير الإغناء البيئي على مستوى ذكاء الفرد، حيث أوقفت كافة البرامج العلاجية التثقيفية والاجتماعية، ومن ثم أعيد اختبار الذكاء بعد فترة من توقفها، فتوصلت النتائج إلى أن نسبة ذكاء أطفال العينة بدأت بالانخفاض، نتيجة لتوقف برامج الإغناء البيئي.

ويؤدي حرمان الطفل الرضيع من حنان أمه إلى إعاقة نموه الجسمي والذهني والانفعالي، فقد أشارت الدراسات إلى أن وضع الطفل الرضيع في ملجأ أو مؤسسة اجتماعية يجعله يسلك مثل الطفل المعاق عقلياً، ومن دراسة فراب (Goldfrab, 1963) على مجموعتين من الأطفال الأيتام، وضع إحداهما في رعاية أسر بديلة، ووضع الثانية في ملجأ للأيتام، وفي سن (14) كان متوسط ذكاء المجموعة الأولى (96.4) والثانية (76)، وكانت الفروق واضحة اجتماعياً بين المتوسطين.

ومما لا شك فيه: أن التجربة التي قام بها مشروع ميلوكي، في مجال الإغناء البيئي، توصلت بالتأكيد، إلى أن المحيط البيئي، الذي ينشأ فيه الفرد، وبخاصة في مرحلة الطفولة، له تأثير مباشر على قابلياته، وقدراته العقلية، إذا كان هذا المحيط غني بالحوافز، والمؤثرات الاجتماعية والثقافية، مما يجعل العوامل الثقافية والاجتماعية، تؤدي دوراً مهماً، في إعلاء مستوى الذكاء، ولكن ضمن الحدود التي تهيئها له الوراثة.

إن نتائج الدراسات التي ستذكر والتي تناولت أثر الخبرات الثقافية والاجتماعية والتربوية على النمو العقلي للأطفال، تقدم دليلاً قوياً على أن المساعدة المبكرة في الخبرات الثقافية والتربوية العلاجية الخاصة للأطفال المحرومين ثقافياً واجتماعياً ونفسياً، تزيد من نموهم العقلي والاجتماعي والتربوي. وأن نقص هذه الخبرات يقلل من فرص النمو أن لم يوقفها أو يؤخرها. وفي هذا الصدد يقول بلوم (Bloom, 1964) "إن (50٪) من النمو

العقلي (نمو الذكاء) إنما يتم بين الإخصاب وسن أربع سنوات، وأن (30٪) بين (4-8) سنوات، وأن الـ (20٪) الباقية تتم بين (8-17) سنة".

وإذا كان ما يقوله بلوم صحيحاً، فإن هذا يعني أن الوقاية من الإعاقة العقلية المسبب عن عوامل ثقافية إنما يتطلب إنشاء وتأسيس مراكز وبيوت تدريب خاصة، ودور حضانة مناسبة، ورياض أطفال لجميع أطفال الطبقات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المتدنية.

والواقع أن هذه الدراسات والنتائج التي توصلت إليها وإن كانت تقدم دليلاً قوياً على أثر العوامل الثقافية والاجتماعية على النمو العقلي بشكل عام، فإننا لا نستطيع أن نأخذها على أنها تقدم دليلاً واضحاً على أن العوامل الثقافية والاجتماعية هذه هي المسبب للإعاقة العقلية الذي قبلناه في حديثنا عن مفهوم الإعاقة العقلية، وإن كانت تقدم شيئاً فهي إنما تقدم دليلاً على أن هناك علاقة بين الحرمان الثقافي والاجتماعي من جهة والإعاقة العقلية من جهة أخرى، وأن هذا الارتباط قد لا يكفي لإثبات أن هذه العوامل تسبب إعاقة عقلية. ولكن ما من شك أن الحرمان الثقافي والاجتماعي والاقتصادي عوامل يمكن أن تسهم في تدني القدرة العقلية لدى الطفل، وأن تحسين الوضع الثقافي والاجتماعي والاقتصادي للطفل إنما يزيد من احتمال زيادة قدرته العقلية. إلا أن هذه الزيادة أو النقصان قد لا تكون إلى الحد الذي يمكن معه الحرمان الثقافي أن ينقل طفلاً متفوق الذكاء إلى طفل متخلف، وإن إغناء البيئة ثقافياً واجتماعياً يمكن أن ينقل طفلاً متخلفاً إلى طفل متفوق الذكاء.

ويعيدنا هذا الحديث إلى السؤال التقليدي الذي يدور حول أثر كل من الوراثة والبيئة على الإعاقة العقلية أو على النمو العقلي بشكل عام. والواقع أن الإجابة عن هذا السؤال يمكن أن نستخلصها من المعادلة التي وضعها دوبزانسكي (Dobzhansk, 1955) التي يبين فيها أن كل طفل يولد وهو يحمل معه مدى من القدرة الممكنة والتي يسميها معدل القدرة الممكنة (Genotypic Range of Potential Ability or Potential) وأن النقطة التي يصل إليها الطفل

في نموه إنما تقع في مكان ما بين طرفي هذا المبدأ، وأن هذا ما تقرره البيئة. وهذا يعني أن طفلاً ما قد يرث مدى أوسع من القدرة من طفل آخر، وأن طفلاً قد يرث قدرة أعلى من آخر مع وجود منطقة من التداخل (Overlap) بين مدى الاثنين.

فمثلاً يمكن أن يرث الطفل مدى من القدرة تتراوح بين (50-80) إلا أن النقطة التي يمكن أن يصل إليها الطفل بين هذين الحدين إنما تعتمد على البيئة التي يعيش فيها. فإذا عاش في بيئة محرومة ثقافياً واجتماعياً واقتصادياً فإنه قد يبقى في الحدود الدنيا من هذا المدى، وأما إذا عاش في بيئة غنية فإنه قد ينمو إلى أن يصل إلى الحدود العليا من هذا المدى.

إن مفهوم وراثة المدى من القدرة ودور كل من الوراثة والبيئة في نمو القدرة العقلية، إنما يقدم أساساً للقول "إنه لا يمكن القول أن الوراثة أهم من البيئة أو أن البيئة أهم من الوراثة في نمو القدرة العقلية، وأن ما يجب أن نعيه هو أن نسعى إلى إغناء بيئة الطفل بشكل يساعد على نموه ضمن مدى إمكانياته الموروثة، بحيث تتيح له الوصول إلى أقصى درجات النمو وتحقيق الإمكانية التي تحددها الوراثة أصلاً.

دور العوامل الاجتماعية والثقافية كعوامل مسببة للإعاقة في الأردن

لقد توصلت الدراسات والبحوث والتجارب، التي أشرنا إليها فيما تقدم، والتي قام بها نخبة من علماء البيئة والنفس والوراثة، إلى أن أكثر العوامل تسبباً للإعاقة بمختلف أنواعها، وبخاصة: العقلية منها، هي العوامل الاجتماعية والثقافية. حيث وصلت نتائج دراساتهم، إلى أن أكثر حالات الإعاقة، تنحدر من أسر تعاني من تدني المستوى المادي، ومن التخلف الاجتماعي، والثقافي والصحي. وتتمثل هذه العوامل بما يلي:-

1- أمية الوالدين، وتخلفهما الاجتماعي والثقافي.

2- سوء الظروف السكنية.

3- سوء التغذية.

4- الأمراض.

5- الكثافة السكانية.

6- خلو البيئة والمدرسة من حوافز التعلم.

7- القيم والتقاليد التربوية المتخلفة، الناجمة عن التخلف الاجتماعي.

8- التفكك الأسري، والخلل في العلاقات الزوجية والعائلية.

9- التخلف الاجتماعي والثقافي، في المنطقة التي ينشأ فيها الفرد.

10- عوامل اجتماعية وثقافية أخرى.

وعلى الرغم من الدراسات المختلفة، التي قام بها العلماء، لغرض التعرف على أكثر وأهم هذه العوامل تسبباً في تعريض الفرد للإعاقة، لم يتمكنوا من التوصل إلى أي من العوامل، التي تعتبر العامل الرئيسي المهم، بل لقد وصلت نتائج دراساتهم، إلى أن كافة هذه العوامل، تتضافر وتتفاعل مع بعضها البعض، لتشكل بمجموعها العوامل الاجتماعية والثقافية، التي تؤدي دوراً مهماً في حياة الفرد.

ولو رجعنا إلى الدراسات، التي قام بها نخبة من أساتذة الاختصاص، في مجال التربية الخاصة في الأردن، لوجدنا أن دور العوامل الاجتماعية والثقافية يظهر واضحاً، باعتبارها عوامل مسببة للإعاقة عندنا، إذ قد توصلت الدراسة المسحية، التي قام بها الصندوق الهاشمي الأردني للتنمية البشرية راجع إلى أن (83٪) من المعاقين، من أفراد العينة المتألفة من (18829) شخصاً، الذين سجلوا في (الصندوق)، تنحدر من أسر ذات دخول متدنية، كما توصلت أيضاً، إلى أن نسبة حالات الإعاقة لدى الأسر التي تعاني من الأمية والتخلف الثقافي، بلغ (73٪)، نسبة إلى تعلم الآباء، و (89٪) نسبة إلى تعلم الأمهات.

وإن نتائج الدراسة التي توصلوا إليها، توضح أن العوامل الاجتماعية والثقافية، تعتبر من العوامل المهمة، التي تؤدي دوراً بارزاً في زيادة أعداد المعاقين، وتعدد الإعاقات في الأردن. وتتمثل هذه العوامل بما يلي:-

1- الفقر وتدني المستوى الاقتصادي للأسر.

2- الجهل الناجم عن أمية الوالدين وتخلفهما الاجتماعي.

3- الأمراض.

4- سوء التغذية.

5- سوء الأوضاع السكنية وتدنيها في كافة المجالات.

6- السكن المزدحم والكثافة السكانية.

7- تدني المستوى الصحي للأسرة.

ومما تقدم: نجد أن هناك تشابهاً كبيراً بين العوامل الاجتماعية والثقافية، التي توصلت إليها الدراسات المختلفة، التي قام بها نخبة من العلماء في الخارج، وبين العوامل الاجتماعية والثقافية، التي توصل إليها الأخصائيون، نتيجة لدراساتهم في المملكة، مما يؤكد أهمية الدور الذي تؤديه البيئة التي ينشأ فيها الفرد، وبخاصة: في مرحلة الطفولة، سواء أكانت البيئة البيتية، أم المدرسة، أم المجتمع. مما يسبب تعدد الإعاقات، وزيادة أعداد المعاقين عندنا، لذلك: يتوجب العمل على رفع المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي والصحي للأسر، باعتبار ذلك هدفاً أساسياً أولياً، يجب أن نعمل به وقاية لأبنائنا من التعرض للإعاقة.

الوراثة والبيئة وعلاقتهما بالإعاقة العقلية

عندما نستعرض ما كتب فيما يتعلق بوراثة الإعاقة العقلية يمكن أن نقتفي أثر هذه النظرة إلى (فرانسيس جالتون) الذي يعتبره الكثيرون الأب الحقيقي للحركة العلمية لتحسين النسل.

وفي عام (1865) دعا جالتون إلى فكرة تقضي بالحاجة إلى بذل جهود علمية منظمة لتحسين الجنس البشري من خلال تقييد معدل ولادة العناصر غير الصالحة والتوسع في إنجاب الأطفال الذين يتمتعون بحالة جيدة.

جاء بعد جالتون عالم آخر هو (هنري جودارد، 1912) وقام بتطوير نظرية تقول بأن الوراثة تعتبر عاملاً أولياً في تحديد الذكاء، أصبح موضوع الوراثة في مقابل البيئة كأسباب للإعاقة العقلية يشغل بال المفكرين والعلماء منذ الدراسة الشهيرة التي قام بها جودارد، في هذه الدراسة تتبع جودارد من ذرية شخص يدعى مارتن كاليكاك (أحد جنود الثورة الأمريكية)، فتتبع جودارد ذرية الشخص التي نتجت عن أم معاقة عقلياً، وقارن بين ذريته من معاقة عقلياً ومن فتاة تتمتع بحالة عادية في قدرتها العقلية، من النتائج التي استخلصها من هذه الدراسة اعتقاده بوجود دلالات قوية على أن الوراثة هي العامل الأول الذي يسهم في تحديد الذكاء، إلا أن الدراسة تعتبر موضع تساؤل وشك في إطار معرفتنا الحالية بالتصميم المنهجي لمثل هذه الدراسات.

وفي عام (1915) خلف (أرثر ايستابروك) جودارد بدراسة تتبعية لعائلة يطلق عليها عائلة (جوكس)، فوجد أن معدل حالات الإجرام، والإعاقة العقلية مرتفعة في هذه العائلة، فوجد أن ما يقرب من نصف الأفراد كانوا معاقين عقلياً. كان من الواضح أن الوراثة لعبت دوراً هاماً في ظهور الإعاقة العقلية في هذه العائلة. إلا أن ايستابروك لم يقرر صراحة وبشكل قاطع النتائج التي توصل إليها من دراسته فيما عدا القول بأن كلاً من الوراثة والبيئة عوامل سببية للإعاقة العقلية.

نتيجة للدراسات التي قام بها جودارد وايستابروك وغيرهم ممن نهجوا منهجهم ثبت الاعتقاد في أذهان الكثيرين بأن الإعاقة العقلية حالة وراثية.

على مدى سنوات طويلة بعد ذلك ثار الجدل حول ما إذا كانت الوراثة أم البيئة أكبر أثراً في إنتاج الإعاقة العقلية. التقديرات التي أعطيت للوراثة كعامل سببي للإعاقة العقلية تراوحت بين نسبة مرتفعة تصل إلى (90٪) من الحالات أو نسبة منخفضة قيمتها (1.7٪) من الحالات وكلما كان يحدث تحول في النظرة اتجاه عملية العوامل الوراثية أو العوامل البيئية، كانت تتغير أيضاً الاتجاهات نحو المعاقين عقلياً.

ما أن جاء عام (1930) حتى كانت وجهة النظر المؤيدة للوراثة سائدة إلى الحد الذي جعل الناس في كل مكان يعتبرون أن الحل الوحيد للمشكلة هو إيواء المعاقين في مؤسسات معزولة والعمل على عقمهم.

وفي الوقت الحاضر لا تزال آثار الحوار والجدل واضحة، فيقول البعض بوجود أدلة وشواهد ثابتة على أن الخبرات والظروف المحددة المبكرة تحمل آثاراً عكسية خطيرة على النمو العقلي للأطفال. يعتقد هؤلاء الأخصائيون بأن العدد الكبير من الأفراد المعاقين عقلياً الذين يوجدون في برامج تعليمية في مؤسسات خاصة أو في فصول التربية الخاصة يؤيد دعواهم، إذ أن الغالبية العظمى من هذه الحالات تنتمي إلى بيئات فقيرة ومحرومة ثقافياً لا يتوفر فيها للأطفال لا الفرص ولا المثيرات التي تعمل على تحسين أدائهم الوظيفي العقلي ونموه. الذين يعتقدون بأن البيئة تلعب دوراً جوهرياً كسبب في الإعاقة العقلية يرون بأن الأسرة يجب أن يدعم كل منهما الآخر بشكل ملائم وصحيح، كما يجب تدعيم سلوك الطفل نفسه حتى يتمكن من النمو إلى أقصى ما تسمح به إمكانياته. كما هو الحال في كثير من القضايا الجدلية الأخرى، يوجد نوع من عدم الإتقان من جانب بعض العاملين في ميدان الإعاقة العقلية مع النتائج التي توصل إليها الباحثون أمثال شميدت وسكيلز وداي... (راجع الوحدة الثامنة).

يبدو من الواضح بناء على ما سبق أنه لا البيئة وحدها، ولا الوراثة بمفردها يمكن أن تعتبر مسؤولة عن السلوك الإنساني أو النمو الإنساني الكلي، يبدو أن هناك نوع من التفاعل المعقد يتم بين هذين العاملين وهو ما لم يتم تمييزه والتعرف عليه إلى الآن.

لا يستطيع المرء أن ينكر أثر الوراثة، ومن ناحية أخرى فإن البيئة أيضاً تعتبر عاملاً هاماً من العوامل المسببة للإعاقة العقلية.

إذن فكرة التفاعل بين الوراثة والبيئة ليست من الأفكار البسيطة إذ أنها تتضمن التجميع الدائم لنتاج عمل العناصر الوراثية في حالة تزامن مع الظروف البيئية، والتي تتفاعل مرة أخرى مع الظروف البيئية المتغيرة، يمكن استخدام

بعض التغييرات لتلخيص فكرة النظرة التفاعلية التجميعية بشكل مبسط للغاية على النحو التالي: الوراثة = الأثر الوراثي على النمو، وهو أثر شامل في لحظة الإخصاب.

الوراثة × البيئة = النتاج المتكون من المتغيرات الوراثية متفاعلة مع المتغيرات البيئية هذا النتاج يكون في اللحظة مجموعة المحددات التي سوف تؤثر بعد ذلك على التفاعلات التالية ومن ثم على النمو.

العملية النمائية [(الوراثة × البيئة) × البيئة] = النتاج الجديد المتوفر عن عملية التفاعل. تطور العملية النمائية [(الوراثة × البيئة) × البيئة] × البيئة... الخ = التكوين المتجمع بصفة مستمرة، والذي يتفاعل مع البيئة من لحظة إلى أخرى هذا يعني أن تفاعل البيئة مع الوراثة لا يتوقف عند لحظة معينة، وإنما تكون هذه الحصيلة أو هذا النتاج في حالة تفاعل مستمر مع الظروف البيئية المتغيرة، بمعنى آخر، إن تفاعل البيئة مع الخصائص الناتجة عن تفاعل العوامل البيئية والعوامل الوراثية أمر دائم ومستمر طوال حياة الفرد، لذلك يمكن القول بأن الخصائص المكونة لشخصية الفرد = د. (الوراثة × البيئة). يرمز حرف (د) إلى الدالة وهي مفهوم رياضي يعني أن الحد بين القوسين يتغير بتغير الحد الآخر.

الوحدة الثالثة

تشخيص الإعاقة العقلية وتصنيفها

التشخيص

خطوات التعرف على الطالب المعاق عقلياً

الاتجاه التكاملي في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية

- إرشادات في عملية التشخيص
- مفهوم التدخل المبكر
- أهمية التدخل المبكر
- مبررات التدخل المبكر
- أهم برامج التدخل المبكر في التربية الخاصة وأهم عناصره

التفريق بين التخلف العقلي والمرض العقلي

تصنيفات الإعاقة العقلية

أولاً : التصنيف على أساس الأسباب

ثانياً : التصنيف على أساس نسبة الذكاء

ثالثاً : تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (على أساس السلوك التكيفي)

رابعاً : التصنيف الإكلينيكي (المظهر الخارجي)

خامساً : التصنيف التربوي

العلاقة بين نسبة الذكاء والعمر الزمني والعمر العقلي

مقاييس الذكاء

إجراءات تطبيق مقياس ستانفورد بينيه للذكاء

الوحدة الثالثة

تشخيص الإعاقة العقلية وتصنيفها

التشخيص:

تشخيص المعاق عقلياً مهمة ليست سهلة، هذا وتختلف سلوكات الأطفال باختلال درجة إعاقتهم البسيطة، أو المتوسطة، أو الشديدة، لذا يتطلب الأمر جهوداً وطاقات لملاحظة الأعراض الداخلية والخارجية ودراسة نشأتها وتطورها، ويتضمن التشخيص وصفاً دقيقاً لحالة الشخص، وتحديداً لمستوى تخلفه ونوعه.

كما وتعتبر عملية التشخيص والتقييم للمعاقين عقلياً من أهم الموضوعات في هذا المجال لما يترتب عليها من نتائج، إذ أن التقييم يهتم بثلاث نواحي أساسية وهي:-

1- تحديد ما إذا كان الطفل معاقاً عقلياً أم لا.

2- تصنيف الطفل المعاق عقلياً ضمن فئات الإعاقة العقلية.

3- تحديد إمكانات الطفل المعاق ونقاط القوة والضعف لديه حتى يمكن تنمية قدراته.

وتعتبر أصعب المراحل بالنسبة للأهل عندما يتم تشخيص الطفل لأول مرة على أنه معاق عقلياً، ولا يمكنهم تقبل الأمر بسهولة وواقعية حيث يحتاج الأهل في هذه المرحلة إلى الدعم والتشجيع النفسي والمساعدة في التخطيط للتغيرات التي ستطرأ على وضعهم، واتخاذ القرار المناسب فيما يتعلق بالتوجه الذي سيتخذونه.

إذن لا تقتصر أهمية عملية التشخيص والتقييم على تحديد البرنامج التربوي المناسب للطفل، وإنما يترتب على نتائجها أثار وقرارات تحدد ملامح مستقبل الطفل موضوع التقييم، فإذا كانت النتائج تشير إلى الإعاقة العقلية، فإنه سيترتب على

ذلك آثار نفسية واجتماعية وتربوية على كل من الطفل وأسرته نظراً لما ستفرضه نتيجة التقييم تلك من تحديد للفرص المتاحة، أمام الطفل في مجتمعه.

وجاء في تعريف لهيبر (على أن الإعاقة العقلية هو حالة تتميز بمستوى وظيفي دون المتوسط يبدأ أثناء فترة النمو ويصاحب هذه الحالة قصور في السلوك التكيفي للفرد)، ويؤيد هيبر الاختبار الإجرائي لتعريفه، ويوضح المصطلحات المستخدمة في هذا التعريف على الشكل التالي:

مستوى وظيفي عقلي عام:

ويقاس هذا المستوى بواسطة اختبارات القدرة العقلية (اختبارات الذكاء المقننة) دون المتوسط، يعبر عن مستوى أداء يقل عن مستوى أداء يقل عن مستوى أداء العاديين بمقدار انحرافين معياريين إذا قيس الأداء على اختبار من اختبارات القدرة العقلية العامة أثناء فترة النمو، وقد اقترح هيبر أن تكون سن (16-18) سنة كمرحلة لنهاية فترة النمو العقلي مما يساعد على تمييز حالات الإعاقة العقلية عن الحالات الأخرى مثل الجنون.

السلوك التكيفي:

يعرف هيبر السلوك التكيفي على أنه كفاءة الفرد للاحتياجات المادية والاجتماعية لبيئته.

أما معايير السلوك التكيفي فهي:

1- النضج: ويعني معدل نمو المهارات في سن الطفولة المبكرة مثل الجلوس والحبو والمشي والكلام والقدرة على التحكم في الإخراج... الخ، ويمكن قياس ذلك وغيره من مظاهر النمو الحسي والحركي خلال السنتين الأوليتين من حياة الطفل، وعليه فإن التأخر في اكتساب مثل هذه المهارات يعتبر مؤشر على وجود حالة اعاقة عقلية في سنوات ما قبل المدرسة.

2- القدرة على التعلم: وهي قدرة الطفل على اكتساب المعلومات كوظيفة من وظائف الخبرة التي يتعرض لها الطفل في حياته والصعوبات في التعلم تظهر

بوضوح في المواقف الأكاديمية في المدرسة، ويعتبر القصور في القدرة على التعلم مؤشراً أيضاً للاستدلال على حالات التخلف خلال سنوات المدرسة.

3- التكيف الاجتماعي: ويعني قدرة الطفل على تكوين علاقات شخصية أو اجتماعية مع غيره في حدود المعايير الاجتماعية المرعية معتمداً بذلك على نفسه ودون مساعدة أحد، وبناء على هذه القدرة الاستدلالية على وجود حالة الإعاقة العقلية في مرحلة الرشد، وبالإضافة إلى ذلك يمكن الاستدلال على وجود حالات الإعاقة العقلية من خلال وجود المظاهر التالية:

أ- بالنسبة للأطفال في سنوات الطفولة المبكرة:

1- ظهور عادات وتصرفات لا تتناسب مع عمر الطفل الزمني.

2- تخلف في الانتباه وعدم وجود ميل للاستطلاع مع ميل للتبلد.

3- تأخر في المشي والكلام.

ب- مرحلة الطفولة المتأخرة:

1- عدم المقدرة على التجاوب مع التوجيهات التي تقدم للطفل.

2- وضوح اتجاه الطفل لممارسة عادات وطباع من هم أصغر منه سناً ومصاحبتهم.

جـ- بالنسبة للبالغين:

1- تخلف مستوى التحصيل العلمي لما دون المتوسط.

2- عدم الشعور بالمسؤولية.

3- عدم القدرة على التمييز بين المواقف.

لقد تبين لنا من خلال محاولة تحديد وتعريف حالة الإعاقة العقلية بأن هناك تعاريف تركز على عنصر الذكاء وبعضها يركز على عوامل البيئة والتكيف معها، ومنها من ركز على النواحي الجسمية، لذا فإن السؤال الذي يطرح نفسه، من الذي يقوم بعملية التشخيص؟ إن تشخيص حالة الإعاقة العقلية يترتب عليها مستقبل

الطفل وعلاقته مع أسرته، لذا فإن عملية التشخيص لا يقوم بها شخص واحد بل أن هناك فريقاً من الأخصائيين بحيث يتم جمع المعلومات عن النواحي الجسمية والنفسية والثقافية والاجتماعية، وغالباً ما يكون الفريق مكوناً من:

1- الطبيب: ويقوم بفحص حالة الطفل الجسمية وما يتصل بالجهاز العصبي والحواس، وكذلك فيما يتعلق بجوانب الصحة العامة وذلك لتقديم ما يلزم من علاج، وتحديد الأمراض التي يعانيها وأسبابها وتطورها، والعلاجات التي يحتاج إليها.

2- الأخصائي الاجتماعي: ويقوم بتقديم تقرير عن البيئة التي يعيش فيها الطفل والخبرات الثقافية التي مر بها وتاريخ الحالة والأمراض التي أصيب بها أو أصيبت بها الأم أثناء الحمل، ومدى التكيف الشخصي مع الأسرة ومع الجيران ومع المدرسة.

3- الأخصائي النفسي: ويقدم تقريراً عن مستوى قدراته ومهاراته وحالته الانفعالية، وذلك بإجراء الاختبارات النفسية والمقابلات الأكلينيكية لجمع المعلومات عن التاريخ التطوري. وجمع الملاحظات التي تفيد في تشخيص مستوى النمو الذهني وسمات الشخصية، والمهارات الحركية والخبرات التحصيلية.

4- الأخصائي في التربية الخاصة: ويكون عمله في محاولة وضع مخطط لنوع الخدمات التربوية التي يحتاجها الطفل وذلك في حدود ما حصل عليه من معلومات من الطبيب والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي.

5- أخصائي في التأهيل المهني: ويكون عمله في مراحل متقدمة وخاصة بعد أن يصبح الطفل في الرابعة عشرة من عمره وهي السن التي يتسنى فيه عملية التأهيل.

وعلى الأخصائي التشخيص أن يقوم بتجميع المعلومات عن السلوك التكيفي للطالب عن طريق الاجتماع مع العديد من الأشخاص والتباحث معهم

حيث أنه من غير المحتمل أن يعرف شخص واحد كيف يتصرف الطالب في جميع الحالات والمواقف.

خطوات التعرف على الطالب المعاق عقلياً:

يقوم فريق التقييم متعدد التخصصات بما يلي:-

1- إجراء تقويم تربوي شامل.

2- الحصول على التاريخ التطوري من الوالدين وأولياء الأمور.

3- الحصول على النتائج من الفحوص الجسمية المتضمنة النواحي البصرية والسمعية والحركية والعصبية.

4- الاتساق في انخفاض نتائج الطفل في اختبارات القدرات العقلية من جهة ومقياس السلوك التكيفي من جهة أخرى بدرجة واحدة.

5- تقرير فيما إذا كان المعاق قد لوحظ أثناء فترة النمو.

6- تقرير فيما إذا كان الأداء التربوي والنمو الطبيعي متأثراً بشكل عكسي.

7- مراجعة التعريفات والإجراءات القانونية التي تخص التقويم التربوي للمعاقين عقلياً والتحقق من مدى تطبيق الإجراءات المطلوبة في تقيمهم.

8- مراجعة جميع المعلومات التي تستخدم لمعرفة فيما إذا كان الطالب معاقاً أم لا.

الاتجاه التكاملي في قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:

يجب أن تتم عملية التشخيص ضمن برنامج متكامل يعد من قبل فريق من المتخصصين، بحيث يشمل جوانب النمو الجسمية والحسية والحركية والعقلية والانفعالية والاجتماعية حتى يظهر جوانب القصور والضعف بدقة، مما يساعد على تقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية المتكاملة اللازمة، للارتقاء بالطفل وتنميته في جميع نواحي النمو في نفس الوقت بحيث لا يتم الاهتمام بناحية أو أكثر دون النواحي الأخرى.

ويتفق الباحثون على ضرورة التقييم الشامل والتشخيص التكاملي أو متعدد الأبعاد في تحديد الإعاقة العقلية، وعلى عدم الاعتماد على اختبارات الذكاء وحدها في هذا الصدد، بحيث يغطي التشخيص التكاملي النواحي والجوانب الطبية التكوينية والصحية، والنفسية، والأسرية، والاجتماعية، والتربوية والتعليمية وبذلك يكون التشخيص شاملاً لكل مظاهر الإعاقة.

فالتشخيص التكاملي يشمل الجوانب التالية:-

1- التشخيص الطبي: ويتم بواسطة طبيب الأطفال للتعرف على الحالة الطبية والعضوية والفسيولوجية.

2- التشخيص السيكومتري: ويتم بواسطة أخصائي القياس النفسي القدرة العقلية وذلك باستخدام المقاييس الخاصة مثل مقياس وكسلر أو مقياس ستانفورد –بينيه أو مقاييس أخرى للقدرة العقلية.

3- الشخيص الاجتماعي: للتعرف على المعوقات الاجتماعية والتكيفية لدى المعاق عقلياً وذلك باستخدام مقاييس خاصة مثل مقياس السلوك التكيفي ومقياس النضج الاجتماعي.

4- التشخيص التربوي: ويتم بواسطة أخصائي التربية الخاصة حيث يستخدم مقياس المهارات اللغوية والتحصيلية: العددية-القراءة-الكتابة- للتعرف على القدرة على التعلم لدى المعاق عقلياً.

5- التشخيص الفارقي: للتفرقة بين الإعاقة العقلية والإعاقات الأخرى مثل التوحد، واضطراب الكلام، والصرع، والفصام وغيرها.

إرشادات في عملية التشخيص:

هناك بعض الإرشادات التي يجب أن تؤخذ في الحسبان عند القيام بتشخيص الإعاقة العقلية ومن أهم هذه الإرشادات ما يلي:-

1- أن يسبق التشخيص جمع معلومات كافية عن الطفل من مصادر مختلفة.

2- الاهتمام بتغطية جميع المجالات والجوانب المتعلقة بالطفل المعاق عقلياً وتحديد نقاط القوة عند الطفل المعاق وتحديد نقاط الضعف.

3- اختيار المكان المناسب للتشخيص.

4- اختيار الوقت المناسب للتشخيص، يفضل في ساعات الصباح بعد الفطور.

5- يجب أن تكون الأنشطة المتضمنة في الاختبارات والمقاييس المستخدمة في التشخيص مسلية وجذابة للطفل حتى يقبل على الاستجابة بقدراته الحقيقية، وحتى لا ينفر منها أو يملها، وتحجب استجابته نتيجة لنفوره من النشاط أو ملله منه وليس لعدم قدرته على الاستجابة.

6- يراعى عند اختيار الأنشطة المستخدمة في عملية التشخيص أن تكون متنوعة ومتعددة مع الاهتمام بعنصر الصبر عند التنفيذ.

7- ينبغي أن تكون الأسئلة الموجهة إلى الطفل واضحة ومباشرة، بحيث لا يتحمل السؤال أكثر من معنى واحد وتحتاج الإجابة عليه إصدار تعميمات أو وضع افتراضات.

8- يجب أن تكون الأسئلة في مستوى قدرات الطفل وإمكانياته أو أن تبدأ بالأسئلة السهلة والبسيطة ثم تتدرج إلى الأصعب وهكذا.

9- يجب أن تكون الأبعاد المراد قياسها محددة بدقة.

10- يراعى عند رصد استجابات الطفل ألاّ نلجأ إلى تغيير معناها أو الإشارة إلى ما وراء هذه الاستجابات، بل تسجل كما هي دون تأويل.

أما الأسباب التي تبرر اعتبار السلوك التكيفي أساساً مهماً في تحديد الإعاقة العقلية بالإضافة إلى نسبة الذكاء فهي ما يلي:-

1- عدم وجود اتفاق عام على تعريف الذكاء من جهة ومفهوم الذكاء من جهة أخرى.

2- عدم وجود اتفاق عام على تحديد العوامل التي تقيسها اختبارات الذكاء.

3- وجود كثير من العوامل التي تظهر تبايناً في درجات الأفراد على أي اختبار من اختبارات الذكاء وهذا ما يسمى بخطأ القياس.

4- إن اختبارات الذكاء تقيس معدل مستوى القدرات فقط وقد تعجز عن قياس جوانب النمو الاجتماعي والعاطفي مثلاً.

5- عدم وجود اتفاق بين علماء النفس على درجة نسبة الذكاء التي تبدأ عندها الإعاقة العقلية.

6- إمكانيات وجود الخطأ في تفسير نتائج اختبارات الذكاء للفرد المعاق، خاصة عندما يحصل الفرد على درجات مرتفعة على بعض المقاييس ودرجة أخرى منخفضة على مقاييس أخرى.

وبالتالي فإن معدل درجات الفرد على أجزاء الاختبار الواحد لا يساعد على فهم تنسيق التباين في قدراته العقلية ولذلك فإن تقييم المستوى العقلي الوظيفي للفرد يحتاج إلى النظر في نسبة الذكاء والتكييف الاجتماعي معاً.

الخطأ في التشخيص:

تتبع دول (Doll, 1941) مجموعة من الأطفال شخصهم أدمز (معاقين عقلياً)، فوجد أن أربعة أطفال منهم تحسنوا، وحصلوا على نسب ذكاء أعلى من (90)، وتتبع سكيلز وداي طفلين معاقين عقلياً كانت نسبة ذكائهما في سن سنتين حوالي (46 و 35)، وفي سن العاشرة (94 و 93) على التوالي، وهنا أثار علماء الإعاقة العقلية تساؤلات عن سبب هذه الحالات وأجابوا عليها إجابات مختلفة، فسرت أسباب هذا التحسن، وتتلخص تفسيراتهم في تفسيرين رئيسيين نلخصهما في الآتي:

أ- فسر دول تحسن ذكاء هؤلاء الأطفال بخطأ التشخيص الأول: فالأطفال كانوا من البداية متوسطي الذكاء وأخطأ الباحثون في قياس ذكائهم في المرة الأولى، ونجحوا في قياسه في المرة الثانية، لأن الإعاقة العقلية الحقيقية -من وجهة نظر دول- غير قابلة للشفاء، وقد تأثر دول في تفسيره هذا بمبدأ كريبلين

والمعروف بمبدأ العلة والمعلول في الاضطرابات السلوكية، والذي جعل كريبلين ودول يقرران (عدم قابلية الإعاقة العقلية للشفاء)، لأنه ناتج عن اضطراب عصبي فسيولوجي غير قابل للعلاج، وعلى هذا إذا شخصت حالة طفل (معاق عقلياً)، ثم تحسنت حالته بعد ذلك وأصبح غير معاق عقلياً، فهذا دليل على خطأ التشخيص الأول العقلي، وقد أطلق دول على هذه الحالة (الإعاقة العقلية الكاذبة) لتمييزها عن الإعاقة العقلية الحقيقية.

ب-رفض فيتمر وكلارك تفسير دول السابق، فأشار فيتمر إلى أن الإعاقة العقلية قابلة للشفاء، لأنه يرجع إلى أسباب تشبه الذهان، قابل للعلاج. أما كلارك فقد اتفق مع دول حول مفهوم (الإعاقة العقلية الكاذبة) ولكنه اعتبره نوعاً من الإعاقة العقلية الحقيقية، يرجع إلى عوامل بيئية قابلة للعلاج، وبالتالي فهو قابل للشفاء بتغير ظروفه البيئية السيئة، وقد لقي تفسير كلارك قبولاً كبيراً عند العاملين في رعاية المعاقين عقلياً، فلم تعد (عدم القابلية للشفاء) محكاً للإعاقة العقلية بعد التقدم الذي أحرزه العلماء في تحديد كثير من العوامل التي تعوق النمو الذهني، واكتشاف طرق علاجها والوقاية منها.

لذا يجب البدأ بالتشخيص في الوقت المبكر، وهذا يتطلب من الوالدين سرعة عرض الطفل على المختصين بمجرد ملاحظة أي أعراض غير عادية على الطفل، ويقود التشخيص المبكر إلى التدخل المبكر.

مفهوم التدخل المبكر:

يعرف مصطلح التدخل المبكر بأنه: (مجموعة شاملة من الخدمات التعليمية والاجتماعية والتربوية والنفسية والصحية تقدم للأطفال الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين هم عرضة لخطر التأخر العقلي).

وهناك تعريف آخر: (هو نظام متكامل من الخدمات التربوية والعلاجية والوقائية تقدم للأطفال منذ الولادة وحتى سن (6) سنوات ممن لديهم احتياجات خاصة نمائية وتربوية والمعرضين لخطر الإعاقة لأسباب متعددة).

ماهية التدخل المبكر:

يشمل التدخل المبكر الأطفال منذ الولادة حتى سن المدرسة، لأن الأطفال يعتمدون على والديهم لتلبية حاجاتهم، وهكذا يركز التدخل المبكر على تطوير مهارات أولياء الأمور وقدراتهم على مساعدة الأطفال على النمو والتعلم.

لذلك لا بد من تشكيل فريق من الاختصاصات المختلفة للعمل على تلبية هذه الحاجات قدر الإمكان، ولأن الأطفال الذين لديهم تأخر أو إعاقة تكون لديهم خصائص متعددة ومعقدة هم وعائلاتهم يصعب تفهمها وجد التدخل المبكر.

أهمية التدخل المبكر:

تتبع أهمية التدخل المبكر من أهمية المراحل العمرية الأولى للطفل حيث تكون اللبنة الأولى في تشكيل بناء الطفل.

كذلك يكون معدل نمو المخ في الأشهر الثلاثة الأولى سريعاً جداً حيث يصل النمو في حجم الدماغ إلى نصف مخ البالغ عند مرحلة (6) أشهر من عمر الطفل وهنا تكمن أهمية التدخل المبكر.

ولأهمية التدخل المبكر بينت دراسات (لوثر هامر) التي أجريت على الأطفال المعاقين في سنوات حياتهم المبكرة في (ألمانيا) أن لبرمج التدخل المبكر فاعلية كبرى في إصلاح الانحرافات النمائية الممكنة لديهم، وكونهم في مراحل العمر الأولى لنموهم، كما أن تطبيق مختلف البرامج العلاجية وربطها بالبرامج التربوية فور حصول الإصابة بالإعاقة يعطي نتائج باهرة، وهذا يؤكد الأهمية الكبرى لتوفير برامج تربوية متخصصة للأطفال قبل وصولهم إلى مرحلة التعليم الابتدائي.

مبررات التدخل المبكر:

1- يعتبر التعليم في سن ما قبل المدرسة أسهل وأسرع من التعليم في أي مرحلة عمرية.

2- يتبع الأطفال المتأخرين في النمو نفس مسار النمو الطبيعي مع أنه في العادة لا يكون على نفس المستوى الوظيفي.

3- حتى يكون لأسر الأطفال المعاقين قواعد ثابتة عن كيفية تنشئة أطفالهم حتى يتجنبوا الوقوع في مشاكل مستقبلية.

4- التأخر النمائي في السنوات الخمس الأولى قد يكون من بين الأسباب الرئيسية لاحتمالات ظهور سلبيات تستمر مدى الحياة.

5- تقع مسؤولية غرس المبادئ والمهارات باختلاف أنواعها على عاتق الوالدين.

الفئات المستهدفة في برامج التدخل المبكر:

1- الأطفال المتأخرين نمائياً (DEVELOPMETALLY DELAYED CHILDREN) في مجال أو مجالين من مجالات النمو في أول ستتين.

2- الأطفال الذين هم في حالة خطر (AT-RISK CHILDREN).

3- الأطفال الذين يعانون من حالات إعاقة عقلية أو جسمية (WITH ESTABLISHED DIS ABILTIES).

أهم برامج التدخل المبكر في التربية الخاصة وأهم عناصره:

1- الخدمات التي تقدم في المنزل: وتهدف إلى تدريب الوالدين على كيفية التعامل مع الأطفال المعاقين وتعليمهم المهارات الضرورية ضمن البيئة البيتية، مثال ذلك برنامج البورتج.

2- الخدمات التي تقدم في المركز: وقد تكون هذه المراكز مستشفيات أو مراكز خاصة يمضي الأطفال فيها من (3-5) ساعات يومياً ويتم تدريبهم على مختلف المجالات.

3- برامج الدمج: يقصد به الدمج بين الخدمات التي تقدم في المنازل والمقدمة في المراكز من أجل تلبية حاجات الأطفال وأسرهم بمرونة أكثر.

4- برنامج التدخل من خلال وسائل الإعلام: ويتم من خلال استخدام وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة لتدريب أولياء الأمور على كيفية التعامل مع أطفالهم الصغار.

التفريق بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي:

هناك من يخلط بين الإعاقة العقلية أو الضعف العقلي وبين المرض العقلي أو الجنون، وقد يعتبرونه شيئاً واحداً فينظر إلى الإعاقة العقلية على أنها مرض عقلي، ولكن الواقع غير ذلك وإن كان هناك بعض الحالات التي قد يجتمع فيها الإعاقة العقلية مع المرض العقلي في شخص واحد، حيث أن الإعاقة العقلية حالة وليس مرضاً فالمرض العقلي عبارة عن اختلال في التوازن العقلي، أما الإعاقة العقلية فهي عبارة عن نقص في درجة الذكاء وذلك نتيجة توقف النمو في الذكاء، بحيث يجعل الفرق بين ناقص الذكاء وبين الشخص العادي فرقاً في الدرجة وليس فرقاً في النوع، وهذا يحدث في الطفولة ولا يحدث في مرحلة النضج.

لذا فليس هناك علاقة بين الإعاقة العقلية والمرض العقلي ولا يجوز أن يسمى المرض العقلي بالإعاقة العقلية، فالشخص المريض عقلياً يكون عادي الذكاء وقد يكون عبقرياً وليس ذكياً فقط. ومن هذا المنطلق فإن مشكلة الإعاقة العقلية مشكلة نمو، حيث يلاحظ بأن ذكاء الطفل ينمو من الناحية العقلية، ومثال ذلك: فقد نجد طفلاً طوله متر وعمره ثلاث سنوات وقد نجد طفلاً آخر طوله متر وعمره خمس سنوات، وكذلك قد نجد طفلاً عمره عشر سنوات لا يزيد في نموه العقلي عن ذكاء طفل عمره ست سنوات.

ومن ناحية أخرى فإن المرض العقلي هو عبارة عن مشكلات في الشخصية واضطرابات في السلوك. كذلك يحدث المرض العقلي في أي وقت من مراحل العمر عند الفرد أي من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد، بينما حالة الإعاقة العقلية تحدث فقط أثناء فترة الحمل أو أثناء الطفولة. وتعود أسباب المرض العقلي إلى ما يتعرض له الفرد من التوتر والضغوط النفسية بينما لا يكون ذلك بالنسبة للإعاقة العقلية.

وفيما يخص العلاج فقد يستجيب العلاج في المرض العقلي وذلك على شكل تخفيف الأعراض المؤدية لهذا المرض مما يؤدي إلى الشفاء، بينما في حالة الإعاقة العقلية لا يمكن الشفاء منها إذا حدثت.

تصنيفات الإعاقة العقلية.

الهدف الجوهري لاستخدام أي نظام للتصنيف في مجال الإعاقة العقلية هو المساعدة على وضع وتخطيط برامج وخدمات ملائمة للأفراد الذين يقع مدى أداؤهم العقلي في نطاق المستويات المختلفة العقلية، يترتب على ذلك أن من الأهمية بمكان أن نتذكر دائماً أن الأفراد يتباينون كثيراً في قدراتهم ومهاراتهم، إن مجرد وضع فرد ما بوجه عام في نطاق مستوى معين للإعاقة العقلية لا يعني أن هذا الفرد لا يقوم بأداء وظيفي على مستوى أعلى أو مستوى أقل في بعض الواجبات المعينة، مما يشير إلى هذا التصنيف العام لحالته العقلية، نظراً لمثل هذه الأشكال من التباين في المهارات والقدرات، يكون من الصعب تصنيف فرد ما بطريقة جامدة في نطاق فئة أو قطاع واحد، كما لا يجوز اعتبار هذا الفرد باقياً في هذه الفئة لفترة لا نهائية من الوقت، على العكس من ذلك، لا بد من النظر إلى الشخص المعاق عقلياً على أنه فرد يملك درجات مختلفة من القدرات في المجالات المتخلفة، هذه القدرات تتغير كلما تقدم الفرد تجاه تحقيق النضوج، وكلما حصل على التدريب اللازم والمساعدة الملائمة.

ويمكن تصنيف الإعاقة العقلية إلى ما يلي:

أولاً: التصنيف على أساس الأسباب أو (شدة الإعاقة)، ويشمل:

أ- الإعاقة العقلية الأولية، والتي يرجع السبب فيها إلى ما قبل الولادة ويقصد بها العوامل الوراثية مثل أخطاء الجينات والصفات (الكروموسومات) ويحدث في حوالي (80٪) من حالات الضعف العقلي العائلي.

ب- الإعاقة العقلية الثانوية، والتي تعود إلى أسباب تحدث أثناء فترة الحمل، أو أثناء فترة الولادة، أو بعدها، وغالباً ما يطلق على هذه العوامل لأسباب

البيئية، وهذه العوامل تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي في مرحلة من مراحل النمو بعد عملية الإخصاب، ويحدث ذلك في حوالي (20٪) من حالات الإعاقة العقلية، ومن أمثلة ذلك حالات استسقاء الدماغ وحالات القصاع.

ثانيا: التصنيف على أساس نسبة الذكاء استنادا إلى اختبارات قياس الذكاء، ويشمل:

1- الإعاقة العقلية البسيطة (Mild Mental Retardation) :

وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة ما بين (55-70) درجة، كما يتراوح العمر العقلي لأفرادها في حده الأقصى (7-10) سنوات، ويطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتعلم (Retarded Educatite Mentally) (EMR)، حيث يتميز أفراد هذه الفئة من الناحية العقلية بعدم القدرة على متابعة الدراسة في الصفوف العادية مع العلم أنهم قادرون على التعلم ببطء وخاصة إذا وضعوا في صفوف خاصة في المدارس العادية، وقدمت لهم الرعاية الخاصة الضرورية في الصفوف العادية، فيدرسون كل مستوى في سنتين أو ثلاث سنوات، ويمكن لهذه الفئة أن تتعلم القراءة والكتابة والحساب، ولا يتجاوز أفراد هذه الفئة في الغالب المرحلة الابتدائية، ومن الصفات الإكلينيكية المميزة لهذه الفئة ضعف المحصول اللغوي مما يجعل الطفل يعبر بجمل قصيرة غير سليمة التركيب، ويعاني من عيوب في النطق من أكثرها شيوعاً، الإبدال، الخنة عدم وضوح مخارج الحروف، ولكن يمكن لمعظمهم استخدام الكلام في أغراض الحياة اليومية.

كما أنه توجد حالات مصاحبة بنسب متفاوتة من الاضطرابات العضوية كالعجز الجسمي، أو الصرع، أو بعض الاضطرابات النمائية، أو التوحد.

أما عن الكفاية الاجتماعية والمهنية فيستطيع هؤلاء في سن المراهقة التسوق والتعامل بالعملة حسب قيمتها، ومعرفة أيام الأسبوع، لكن يفشلون في التعرف على أسماء الأشهر أو فصول السنة، ويفشلون في أشغال وقت الفراغ.

ويمكن تدريب هذه الفئة على بعض المهن اليدوية، ومهارات الحياة اليومية مثل (تناول الطعام، والاغتسال، وارتداء الملابس، والتحكم في التبول، والتبرز)، وتشكل هذه الفئة ما نسبته (10٪) من الأطفال المعاقين عقلياً.

2- الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate Mental Retardation) :

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة (40-55) كما تتراوح أعمارهم العقلية بين (3-7) سنوات في حده الأقصى، ويطلق على هذه الفئة القابلين للتدريب (Trainable Mentally Retarded) (TMR)، ولكن نسبة منهم تتعلم المهارات الأولية الضرورية لمبادئ القراءة والكتابة والحساب، فيمكنهم تعلم كتابة أسماءهم، والقيام بعملية الجمع، والتحدث قليلاً والتواصل مع وجود أخطاء في النطق، والمفردات والنحو.

أما عن الكفاية الاجتماعية فيمكنهم تعلم مهارات العناية بالذات وحماية أنفسهم من المخاطر، واكتساب السلوك المقبول في التغذية والنظافة وارتداء الملابس.

أما المظاهر الجسمية فهم أقصر من المتوسط، ولديهم هيئة جسمية غير متكافئة من ناحية البنية، ولديهم وجه مختلف، ويمكن أن تبدو العينين أو الأذنين بعيدة عن الوضع الطبيعي، ولديهم مشكلات سمعية وبصرية، وأحياناً توجد حالات تعاني من الصرع أو الشلل، ويعانون من مشكلات في المشي ويتأخرون في النطق، ويكونون بطيئين في فهم واستخدام اللغة، وتشكل هذه الفئة ما نسبة (10٪) تقريبا من الأطفال المعوقين عقلياً.

3- الإعاقة العقلية الشديدة (Severe Mental Retardation):

تتراوح نسبة الذكاء لهذه الفئة ما بين (25-40) درجة، ولا يزيد العمر العقلي لهم على أكثر من ثلاث سنوات، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح الإعاقة العقلية الشديدة (Mentally Retarded Serverely) (SMR)، ويفشل الأطفال في هذه الفئة على تعلم أي مهارات للقراءة والكتابة والحساب، مع القليل من الاستفادة من الخبرات اليومية ومن التدريب الاجتماعي والمهني، وتحتاج هذه الفئة إلى الإشراف المستمر.

وتتميز هذه الفئة بضعف الكلام وصعوبات كبيرة في النطق، وقلة في المحصول اللغوي، وعدم القدرة على التعبير بجمل، وعدم القدرة على تسمية الأشياء المألوفة.

وفيما يتعلق بالكفاية الاجتماعية فهم يعانون من قصور شديد في الاستقلال الذاتي والعجز عن إصدار أحكام صحيحة أو اتخاذ قرارات، وعدم القدرة على حماية أنفسهم من الأخطار، والفشل في إدراك الزمان، والتمييز بين الليل والنهار، وتشكل هذه الفئة ما نسبته (5٪) تقريباً من الأطفال المعاقين عقلياً.

جدول يبين فئات الإعاقة العقلية طبقاً لقياس نسب الذكاء

درجة الإعاقة	مدى الانحرافات المعيارية	مدى نسبة الذكاء في الاختبار	
		بينيه	وكسلر
الإعاقة العقلية البسيطة Mild	-2.01 إلى -3	52-68	55-69
الإعاقة العقلية المتوسطة Moderate	-3.01 إلى -4	36-51	40-54
الإعاقة العقلية الشديدة Severe	-4.01 إلى -5	20-35	25-39
الإعاقة العقلية الحادة Profound	أقل من -5	19 أقل	24- فأقل

ثالثاً: تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (التصنيف النفس الاجتماعي) (على أساس السلوك التكيفي).

لقد اعتمدت الجمعية الأمريكية للمعاقين عقلياً مقياس السلوك التكيفي وهو مقياس شائع الاستخدام، إضافة إلى متغير آخر هو القدرة العقلية إذ تؤخذ بعين الاعتبار في عملية تصنيف الإعاقة العقلية إلى فئات الدرجة على مقياس الذكاء والدرجة على مقياس السلوك التكيفي، ويشبه الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية

تصنيف الإعاقة حسب نسب الذكاء، مع التركيز على مظاهر السلوك التكيفي في كل فئة من فئات الإعاقة العقلية، وهي حسب هذا التصنيف تكون على الشكل التالي:-

1- الإعاقة العقلية البسيطة (Mild):

وهي الفئة التي تحدد نسبة الذكاء بين (55-69) درجة، ويتوقف النمو العقلي عند عمر (7-10) سنوات. ويعتبر أفراد هذه الفئة قابلين للتعليم والاستفادة من البرامج التربوية مع العلم أنهم بطيئو التقدم، ولديهم ضعف التحصيل وعيوب في النطق، كما أن لديهم إمكانية الاستقلال اجتماعياً واقتصادياً في المستقبل، وهم بحاجة إلى برامج تربوية مباشرة لمساعدتهم على التكيف وتقبل الأنماط الاجتماعية والأهداف المهنية الحقيقية، كما أنهم يحتاجون إلى التوجيه في اختيار الأعمال المناسبة لهم.

2- الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate):

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (40-54) درجة ويعاني أفرادها من التأخر في النمو العام ويتوقف النمو العقلي عند مستوى عمر (3-7) سنوات، على انه يمكن اعتبار معظمهم قابلين للتدريب، إذ يمكن تدريبهم للعناية بأنفسهم، إلا أنهم مع ذلك يبقون بحاجة إلى الإشراف الذي يمكن أن يستفيدوا منه في تعلم بعض المهارات الحياتية العامة كالأعمال المنزلية، ويمكن إعداد بعضهم للقيام بأعمال بسيطة، ويمكنهم تعلم المبادئ الأساسية البسيطة في القراءة والكتابة والحساب، وقد يحتاج بعضهم إلى أن يوضعوا في مراكز خاصة، وتمثل هذه الفئة حوالي (10٪) من مجموع المعاقين عقلياً.

3- الإعاقة العقلية الشديدة (Severe):

تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة بين (25-39) درجة ويتوقف نمو هؤلاء عند مستوى عمر أقل من (3) سنوات، أما قدرتهم على تعلم اللغة والقدرات الحركية وتعلم الكلام فمحدود جداً، إلا أن بعضهم يستطيع تعلم مهارات معينة وتنمية

بعض الإمكانيات التي تمكنهم من العناية بأنفسهم إلى حد ما، فالمعاق هنا لا يستطيع حماية نفسه من الأخطار الطبيعية، ويفشل في اكتساب العادات الأساسية في النظافة والتغذية وضبط عمليات الإخراج، ويحتاج إلى رعاية شديدة من الآخرين في كل شيء وفي جميع الحاجات الأساسية والضرورية. وقد يحتاج بعضهم إلى إيداع في مراكز الرعاية الداخلية بينما يستطيع العديد منهم الاستمرار في حياة المنزل وفي جو الأسرة.

4- الإعاقة العقلية الحادة (الاعتمادي) (Profound):

تقل نسبة ذكاء هذه الفئة عن (25) درجة، كما يعاني أفرادها من ضعف رئيسي في النمو الجسمي وفي قدرتهم الحسية والحركية، وغالباً ما يحتاجون إلى رعاية وإشراف دائمين سواء في المنزل، أو في مراكز الرعاية الخاصة، أما إذا تمكن بعضهم من تعلم بعض المهارات الأساسية فإنها تكون في العادة في حدها الأدنى مع نمط بسيط في القدرة اللفظية، إنهم مع ذلك يبقون في حاجة إلى الرعاية المستمرة.

وتجدر الإشارة إلى أن خصائص كل فئة الجسمية والعقلية والاجتماعية توازي خصائص الأطفال المماثلين لهم في التصنيف التربوي في وصف حالات الإعاقة العقلية حسب متغير الذكاء.

رابعا: التصنيف الإكلينيكي (المظهر الخارجي).

يتميز هذا التصنيف في إمكانية التعرف على بعض الحالات في الإعاقة العقلية من خلال المظهر العام، حيث اعتمد هذا التصنيف على وجود خصائص جسمية تشريحية فسيولوجية إضافة إلى عامل الذكاء، ومن هذه الأنماط الإكلينيكية الأطفال المنغوليين، وحالات القماءة أو القصاع، وحالات صغر حجم الدماغ، وحالات كبر حجم الدماغ، وحالات استسقاء الدماغ، وحالات اضطراب التمثيل الغذائي، وحالة الجلاكوسيميا.

1- الأطفال المنغوليين:

تعتبر حالات الإعاقة العقلية والمصنفة ضمن حالات المنغولية من الحالات الأكثر شيوعاً من بين حالات الإعاقة العقلية إذ تصل نسبة الأطفال المنغوليين إلى

حوالي (10٪) من حالات الإعاقة العقلية، وقد سميت حالات المنغولية بهذا الاسم نسبة إلى التشابه بين الملامح العامة. وقد بقيت مثل هذه التسمية للأطفال المنغوليين شائعة حتى عام (1886)، حيث سميت مثل هذه الحالات باسم عرض داون (Dawns Syndrom) نسبة على الطبيب الإنجليزي لانج دون داون (1886)، الذي قدم محاضرة طبية عن حالات المنغولية واقترح التسمية التي لاقت إقبالاً من أوساط المهتمين في ميدان التربية الخاصة، ولكن التسمية القديمة مازالت شائعة حتى يومنا هذا في كثير من أوساط التربية الخاصة.

ويتميز الأطفال المنغوليين بخصائص جسمية وعقلية واجتماعية مميزة تختلف عن خصائص فئات الإعاقة العقلية الأخرى، إذ تمثل الخصائص الجسمية المشتركة الأكثر وضوحاً لدى هذه الفئة من الأطفال، وتتمثل تلك الخصائص في شكل الوجه حيث الوجه المستدير السطح، والعيون الضيقة ذات الاتجاه العرضي، وصغر حجم الأنف، وكبر حجم الأذنين وظهور اللسان خارج الفم، والأسنان غير المنتظمة، وقصر الأصابع والأطراف وظهور خط هلامي واحد في راحة اليد بدلاً من خطين، ويكون هؤلاء أبطأ من الآخرين في تعلم استعمال أجسامهم وعقولهم.





أما الخصائص العقلية لهذه الفئة فتتمثل في القدرة العقلية التي تتراوح ما بين المتوسط والبسيط، إذ تتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين (45-70) على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية، ويعني ذلك قدرة هذه الفئة على تعلم المهارات الأكاديمية البسيطة كالقراءة والكتابة والحساب، والمهارات الاجتماعية، ومهارات العناية بالذات، ومهارات التواصل اللغوي، والمهارات الشرائية، والمهنية، ويمكن تصنيف هذه الفئة ضمن فئة الأطفال القابلين للتعلم، أو الأطفال القابلين للتدريب.

أيضاً الخصائص اللغوية لهذه الفئة فتتمثل في المهارات اللغوية الاستيعابية والتعبيرية، حيث يواجه أطفال هذه الفئة مشكلات في اللغة التعبيرية، إذ يصعب عليهم التعبير عن ذواتهم لفظياً لأسباب متعددة أهمها القدرة العقلية وسلامة جهاز النطق، وخاصة اللسان والأسنان، أما مشكلات اللغة الاستقبالية فتبدو أقل مقارنة مع اللغة التعبيرية، إذ يسهل على الطفل المنغولي استقبال اللغة وسمعها وفهمها وتنفيذها، وفيما يتعلق بالخصائص الانفعالية للمنغوليين فإنهم يتصفون باللطف والمرح وحب التقليد والتعاون والابتسام، ويظهر لديهم حب الموسيقى وميلهم إلى تقليد الآخرين.

وتعود أسباب حالات المنغولية إلى خلل في الكروموسومات رقم (21) الذي تحمله الأم وخاصة في الأعمار المتقدمة للأمهات بعد عمر (35) سنة، فكلما زاد عمر الأم كلما زادت الفرصة لولادة أطفال منغوليين، وبسبب من ضعف هذا الكروموسوم لدى الأمهات المتقدمات في العمر (قبل الحمل)، حيث يظهر زوج الكروموسومات هذا ثلاثياً لدى الجنين وبذا يصبح لدى الطفل المنغولي (47) كروموسوم بدلاً من (46) كروموسوماً، وسبب آخر احتمال إصابة الأم أو الأب ببعض الأمراض المعدية مثل الزهري، والسل....

2- حالات القماءة أو القصاع (Cretinism):

تعتبر حالات القماءة (قصر القامة) من الحالات المعروفة في ميدان الإعاقة العقلية، ويقصد بها حالات قصر القامة الملحوظ مقارنة مع المجموعة العمرية التي ينتمي إليها الفرد، والمصحوبة بالقدرة العقلية المتدنية، ومن المظاهر الجسمية المميزة لهذه الحالة قصر القامة حيث لا يصل طول الفرد حتى في نهاية سن البلوغ والمراهقة (16-18) سنة إلى أكثر من (80) سم، ويصاحبها كبر في حجم الرأس وجحوظ العينين وجفاف الجلد واندلاع البطن وقصر الأطراف والأصابع.

أما الخصائص العقلية لهذه الحالات فتتمثل في تدني الأداء العقلي لهذه الفئة على مقياس الذكاء التقليدية، وفي الغالب تتراوح نسب ذكاء هذه الفئة ما بين (25-50) درجة، وتواجه هذه الحالات مشكلات تعليمية تبدو في صعوبات

القراءة والكتابة والحساب وحتى مهارات الحياة اليومية أحياناً، وترجع أسباب حالات القماءة إلى عوامل وراثية، وبيئية والتفاعل بينهما، إذ تعتبر الغدة الدرقية وخاصة النقص الواضح في إفراز هرمون الثيروكسين والذي تفرزه الغدة الدرقية سبباً رئيسياً في حدوث حالات القصاع، حيث يتأثر نشاط الغدة الدرقية بعدة عوامل منها الهرمون المنشط لها من الغدة النخامية وكمية الدم التي تصل إليها، ومادة اليود، إذ تعتبر نقص مادة اليود في الطعام عاملاً أساسياً في نقص هرمون الثيروكسين. وعند ولادة هؤلاء الأطفال يصعب تشخيص حالاتهم لأنهم يشبهون الأطفال العاديين، ولكن يظهر ذلك بعد ستة شهور من العمر من خلال الحركة والجلوس، حيث يبدو على الطفل الكسل والخمول وبطء الاستجابة والنموالنفسي الحركي، ويتأخر نمو الكلام، ولا يميل هؤلاء إلى التفاعل الاجتماعي مع من يحاول مداعبته فلا يظهر أي ابتسامة أو ضحك، وقد يظهر على جسمه بعض التجاعيد ويتغير لون جلده إلى الاصفرار، وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من (25-50) درجة، ويواجهون مشكلات تعليمية تبدو في صعوبات القراءة والكتابة والحساب وهي مهارات الحياة اليومية.

وقد يكون من المناسب التمييز بين حالات قصر القامة التي لا يصاحبها تدني في القدرة العقلية وبين حالات قصر القامة التي يصاحبها تدني واضح في القدرة العقلية.

3- **حالات صغر حجم الدماغ (Microcephaly):**

حيث تبدو مظاهر هذه الحالة في صغر محيط الجمجمة (20سم ± 5سم) مقارنة مع حجم محيط الجمجمة للأطفال العاديين المناظرين لهم في العمر الزمني، حيث يبلغ محيط الرأس لدى الأطفال العاديين عند الولادة هو (33سم ± 5سم)، وغالباً ما يأخذ الرأس في مثل هذه الحالات شكل المثلث المعكوس أو حبة الكمثري المعكوسة، ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح في الوزن والطول، وصعوبات في المهارات الحركية العامة الدقيقة، ومقارنة مع نظرائهم من الأطفال العاديين.

أما الخصائص العقلية لمثل هذه الحالات فتبدو في النقص الواضح في القدرة العقلية، وغالباً ما تقع هذه الحالات في فئة الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة، وخاصة إذا صاحبها إعاقات أخرى، أما البرامج التربوية لمثل هذه الفئة فتبدو في تدريبهم على مهارات الحياة اليومية. وتتصف هذه الحالة بضعف في النمو اللغوي وعدم وضوح الكلام وتصاحبها حالات تشنج ونوبات صرع مع زيادة النشاط الحركي.

ترجع أسباب هذه الحالات إلى عوامل متعددة منها ما هو غير معروف ومنها ما هو معروف، من مثل فيروس الزهري وتناول الكحول، والعقاقير والأدوية والإشعاعات وتسمم الحمل، ويمكن اكتشاف مثل هذه الحالات قبل الولادة بواسطة جهاز الأمواج فوق الصوتية أو بواسطة فحص عينة من خلايا الجنين باستخدام موجات ألفا، حيث تكشف مثل هذه الفحوصات الطبية العيوب الخلقية للجنين، ومظاهر نموه الجسمي مقارنة مع الأجنة العادية المماثلة لها في العمر الزمني أثناء فترة الحمل، أما بعد الولادة فيمكن اكتشاف مثل هذه الحالات بعد الولادة حين يقارن طبيب الأطفال محيط رأس الطفل المصاب بحالة صغر حجم الدماغ مع محيط الرأس لدى الأطفال العاديين المولودين حديثاً.

4- حالات كبر حجم الدماغ (Macrocephaly):

تعتبر حالات حجم كبر الدماغ من الحالات الإكلينيكية المعروفة في مجال الإعاقة العقلية بالرغم من قلة نسب حدوث مثل هذه الحالات مقارن مع حالات الإعاقة العقلية البسيطة، وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر محيط الجمجمة (40سم ± 5سم)، مقارنة مع حجم محيط الجمجمة لدى الأطفال العاديين عند الولادة، وغالباً ما يكون شكل الرأس في مثل هذه الحالات كبيراً، ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح أحياناً في الوزن والطول وصعوبة في المهارات الحركية العامة والدقيقة، مقارنة مع نظرائهم من الأطفال العاديين.

أما الخصائص العقلية لمثل هذه الحالات فتبدو في النقص الواضح في القدرة العقلية، وغالباً ما تقع هذه الحالات ضمن فئة الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة

جداً، خاصة إذا ما صاحبها إعاقات أخرى، أما البرامج التربوية فتبدو في مهارات الحياة اليومية.

ترجع معظم أسباب هذه الحالات إلى عوامل غير معروفة، وبعضها إلى عوامل قد تكون معروفة، مثل تناول العقاقير والأدوية والكحول والتدخين والإشعاعات وتسمم الحمل، ويمكن اكتشاف الحالة كما في صغر حجم الدماغ.

5- حالات استسقاء الدماغ (Hydrocephaly):

تعتبر حالات استسقاء الدماغ من الحالات الإكلينيكية المعروفة في مجال الإعاقة العقلية بالرغم من قلة نسبة حدوث مثل هذه الحالات مقارنة مع حالات الإعاقة العقلية البسيطة، وتبدو مظاهر هذه الحالة في كبر حجم الدماغ (40سم ± 5سم)، مصحوبة بسائل النخاع الشوكي في داخل أو خارج الدماغ، ولهذا السبب يبدو الرأس كبيراً وطرياً، وعندما يضغط الفرد على رأس حالة استسقاء الدماغ يشعر وكأنه يضغط على بالون مملوء بالماء، ومن المظاهر الجسمية المصاحبة لمثل هذه الحالات النقص الواضح أحياناً في الطول والوزن وظهور مشكلات حركية عامة وخاصة، مقارنة مع نظرائها من الأطفال العاديين.

أما الخصائص العقلية لمثل هذه الحالات فتبدو في النقص الواضح في القدرة العقلية، وغالباً ما تصنف مثل هذه الحالات ضمن فئة الإعاقة العقلية الشديدة والشديدة جداً، وخاصة إذا صاحبها إعاقات أخرى، وتقدم مهارات الحياة اليومية كبرامج لمثل هذه الحالات.

ترجع معظم أسباب هذه الحالات إلى عوامل غير معروفة، وبعضها إلى عوامل قد تكون معروفة مثل العوامل الوراثية، والعوامل البيئية كالأمراض التي تصيب الأم الحامل، ومرض تسمم الحمل والعقاقير والأدوية والإشعاعات... الخ.

يمكن اكتشاف مثل هذه الحالات قبل عملية الولادة، بواسطة جهاز الأمواج فوق الصوتية، أو بواسطة فحص عينة من خلايا الجنين، أما بعد الولادة إذ يمكن لطبيب الأطفال التعرف إليها عند مقارنة محيط الرأس لديها المملوء بسائل النخاع الشوكي، مقارنة مع الأطفال العاديين، وإذا ما تم اكتشاف مثل هذه الحالات في

أعمار مبكرة فيمكن إجراء عمليات جراحية تهدف إلى سحب السائل المخي الشوكي داخل أو خارج الجسم، مما يقلل من درجة الإعاقة العقلية.

6- حالات اضطرابات التمثيل الغذائي (PKU) (PhenylKetonuria):

وقد اكتشف هذه الحالة طبيب نرويجي يدعى فولنج (1934)، عندما كان يقوم بإجراء بعض الفحوص الروتينية على طفلين من المعاقين عقلياً، حيث وجد أن لون البول عندهما يتغير إلى اللون الأخضر بدلاً من اللون الأحمر البني المعتاد عندما كان يضيف إليه الفيريك (Ferric Chloride)، كما لاحظ رائحة غريبة في بول الطفل وهذه الحالة عبارة عن اضطراب في التمثيل الغذائي ناتج عن فقدان أنزيم يدعى حامض الفينلين يفرزه الكبد، ويساعد هذا الأنزيم على المصادر الغذائية مثل الحليب وتحويله إلى ثيروسين (Tyrosine).

وبسبب فقدان الأنزيم المشار إليه سابقاً فإن حامض الفينلنين غير المؤكسد يتجمع في الدم والأنسجة بنسبة مرتفعة، مما يؤدي إلى آثار سامة بالنسبة للخلايا العصبية في الدماغ، والطفل المصاب بهذه الحالة (PKU) قد يبدو طبيعياً عند الولادة، ولكن استمرار تناول الطفل للطعام المحتوى على حامض الفينالين مع العجز عن تحليلها وأكسدتها يؤدي إلى تراكمها في دم الطفل مما يؤدي بدوره إلى اتلاف متزايد لخلايا الدماغ.

وتظهر حالات (PKU) لدى الأطفال كصفة متنحية حيث يحمل الأبوان حالة الـ (PKU) كصفة ناقلة كشرط أساسي لحدوث حالات الـ (PKU)، ويتصف أبناء الأمهات الناقلات للمرض بأنهم عاديين، عند الولادة، ولكن أعراض الحالة تبدو عليهم فيما بعد بسبب اضطراب التمثيل الغذائي لديهم، وخاصة عند تناولهم للمواد التي تحتوي على مادة الفينيلين والموجودة في المواد البروتينية، وخاصة الحليب.

ومن الناحية الطبية فقد أصبح من الممكن اكتشاف هذه الحالة عند الطفل في الأيام والأسابيع الأولى من عمره عن طريق مجموعة فحوصات تجري على الدم والبول، وفي حالة الكشف عن حالة الـ (PKU) في سن مبكرة من حياة

الطفل الرضيع، فإنهُ من الممكن علاج هذه الحالة عن طريق وضع الطفل في سن مبكرة في الأشهر الأولى من عمره، -ويستحسن قبل الشهر الثالث من العمر- تحت نظام غذائي بديل تكون فيه نسبة الفينلبين الموجودة في طعام الطفل محدودة جداً، وهذا يستدعي الاستغناء عن حليب الأم وعن الأنواع الأخرى الشائعة من الحليب واستبدالها بحليب خاص، كذلك يتمثل النظام الغذائي في تناول المواد الغذائية التي تحتوي على الفينلبين وخاصة المواد البروتينية كاللحوم والحليب والبيض، وفق معايير معينة (حمية غذائية)، ويعمل مثل هذا النظام الغذائي إذا ما تم تطبيقه في أعمار مبكرة على تجنب حالات الإعاقة العقلية، والعكس صحيح.

أما خصائصهم العقلية فتشير الدراسات التي أجريت حول القدرة العقلية إلى أن نسبة ذكاء هذه الفئة تتراوح ما بين الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة ولكن الغالبية العظمى من هذه الفئة ذات قدرات عقلية تتراوح ما بين (25-50) درجة على اختبارات الذكاء.

أما عن الخصائص الجسمية لهذه الفئة تشير الدراسات إلى خصائص مثل الجلد الناعم الحساس الشاحب، والشعر الأشقر، والعيون الزرقاء، وصغر حجم الرأس.

أما الخصائص السلوكية لهذه الفئة فتبدو في الاضطرابات الانفعالية، والعدوانية والمزاجية، والفصامية. وتتراوح نسبة انتشار هذه الحالة ما بين (1: 10000) إلى (1: 2000) في الولايات المتحدة.

7- **حالة الجلاكتوسيميا (Galactosemia) :**

هي أيضاً إحدى الحالات الناتجة عن جين متنحي يتصادف وجودة في كلا الوالدين، وحدوثه أكثر ندره من حالة (PKU) وكثيرا ما يموت الأطفال حديثو الولادة المصابين بهذه الحالة مبكراً في فترة الرضاعة، أو يصابون بالإعاقة العقلية، إذا استمروا بدون علاج على قيد الحياة.

أما أسباب هذه الحالة فهي قصور في عملية تمثيل الكربوهيدرات، ويعود هذا إلى القصور في فقدان إنزيم معين يساعد في تحويل مادة الجلاكتوز (السكر) الموجود في الحليب وأكسدتها تمهيداً لدخول هذه المادة في عملية توفير الطاقة في الخلية.

وبذا فإن إعطاء الطفل الحليب العادي سيؤدي إلى نتائج خطيرة بالنسبة للرضيع، ومن هذه النتائج إصابته باليرقان، وتضخم الكبد وفقدان الوزن نتيجة القيء وإعتام عدسة العين، وتظهر هذه الأعراض بعد ولادة الطفل وتناوله الحليب، لذا يجب أن يخضع الأطفال في هذه الحالة إلى نظام غذائي معين لا يتضمن سكر الجلاكتوز، وتعزى هذه الأعراض إلى تجمع وتركيز بعض المواد الغذائية في داخل الخلايا وفي السوائل الموجودة في الجسم، لذلك فإن علاج هذه الحالة يكون بوضع الطفل تحت نظام غذائي يخلو من الجلاكتوز والاستعاضة عن الحليب المعتاد ببديل له مثل حليب الصويا (Soya Bean Milk) وغيره.

- ومن حالات اضطرابات التمثيل الغذائي للسكريات الحالة المعروفة باسم اضطراب تخزين سكر الكبد والذي يترتب عليه نقص مستوى السكر في الدم (Hypogolycemia) والذي يؤدي إلى تلف في المخ والجهاز العصبي المركزي.
- حالات تاي ساتش: وسميت هذه الحالات بهذا الاسم نسبة إلى العالمين اللذين اكتشفاها، وتبدو الأعراض الجسمية لمثل هذه الحالات في صعوبة نمو مظاهر النمو الحركي بشكل طبيعي وخاصة مهارات التآزر البصري/ الحركي وكف البصر تدريجياً، وأخيراً الوفاة في أعمار مبكرة، وتبدو أسباب هذه الحالة إلى أسباب وراثية تبدو في قصور التمثيل الغذائي للدهون، وقد لوحظ انتشار هذه المرحلة لدى يهود شرق آسيا المعروف باسم اليهود الأشكايتاز.

خامساً: التصنيف التربوي.

تصنف حالات الإعاقة العقلية وفقاً لمتغير البعد التربوي أو القدرة على التعلم إلى مجموعات، هي:

1- فئة بطئ التعلم (Slow Learner):

هو ذلك الطفل الذي تتراوح نسبة ذكائه من (75-90) وقد نجدها في بعض الحالات من (70-90)، إذ أن هناك بعض الاختلاف بين علماء النفس والتربية في تحديدها، ويتصف هذا الطفل بعدم قدرته على موائمة نفسه مع ما يعطى له من مناهج في المدرسة العادية، ويعود ذلك بسبب ما لديه من قصور في نسبة الذكاء. فيظهر هذا الطفل بعدم قدرته على تحقيق المستويات المطلوبة منه في الصف الدراسي حيث يكون متراجعاً في تحصيله الأكاديمي قياساً إلى تحصيل أقرانه من نفس الفئة العمرية والصفية.

2- حالات القابلين للتعلم (EMR) (Educable Mentally retarded):

توازي حالات القابلين للتعلم وفقاً لهذا التصنيف حالات الإعاقة العقلية البسيطة وفق تصنيف متغير الذكاء للإعاقة العقلية البسيطة (50-70) أو (55-79) ويتم التركيز لهذه الفئة على البرامج التربوية الفردية أو ما يسمى بالخطة التربوية الفردية، (IEP)، (Individualized Educational Plan)ن حيث لا يستطيع أفراد هذه الفئة الاستفادة من البرامج التربوية في المدرسة العادية بشكل يوازي الطلبة الأسوياء. ويتضمن محتوى منهاج الأطفال القابلين للتعلم المهارات الاستقلالية والمهارات الحركية، والمهارات اللغوية، والمهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب، والمهارات المهنية، والمهارات الاجتماعية ومهارات السلامة والمهارات الشرائية.

بعض الباحثين لا يعتبر الأطفال القابلين للتعلم معاقين عقلياً خلال مرحلة الطفولة المبكرة، إلا أن هذه الإعاقة تظهر بشكل يمكن ملاحظته في النشاطات

العقلية خلال مرحلة ما قبل المدرسة، ويكون نمو الطفل في معظم الأحيان طبيعياً إلى أن يظهر عجزه عن التعلم في المدرسة.

3- **حالات القابلين للتدريب (TMR)، (Trainable Mentally Retarded):**

توازي حالات القابلين للتدريب وفق هذا التصنيف حالات الإعاقة العقلية المتوسطة وفق تصنيف متغير الذكاء للإعاقة، ولهذه الفئة نفس الخصائص العقلية والجسمية والاجتماعية لفئة الإعاقة العقلية المتوسطة، فهم غير قادرين على التعلم في مجال التحصيل الأكاديمي، إلا أنهم قابلون للتدريب في المجالات التالية:-

أ- تعلم المهارات اللازمة للاعتماد على النفس.

ب- التكيف الاجتماعي في نطاق الأسرة والجيرة.

جـ- تقديم بعض المساعدة في نطاق الأسرة والمدرسة والعمل.

تظهر الإعاقة العقلية لدى أفراد هذه الفئة في مراحل مبكرة جداً قد تبدأ في مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة يرافقه تخلف في القدرة على الكلام والمشي بالإضافة إلى بعض العيوب الجنسية. ويتم التركيز لهذه الفئة على البرامج المهنية، وخاصة برامج التهيئة المهنية، وبرامج التأهيل المهني.

4- **حالات الاعتماديين (SMR) (Severly mentally Retarded)**

توازي حالات الاعتماديين وفق هذا التصنيف حالات الإعاقة العقلية الشديدة وفق تصنيف متغير الذكاء للإعاقة العقلية، ولهذه الفئة نفس الخصائص العقلية والجسمية والاجتماعية لفئة الإعاقة العقلية الشديدة، ويطلق عليه أحياناً الطفل غير القابل للتدريب وتقل نسبة ذكائه عن (25-30) درجة ويعتبر الواحد منهم غير قابل للاستفادة من التعلم أو التدريب وهو يحتاج إلى رعاية وإشراف مستمرين لأنه غير قادر على الاستمرار بلا مساعدة مباشرة، ويتم التركيز في برامج هذه الفئة على مهارات الحياة اليومية.

بالإضافة إلى التصنيفات الخمس السابقة فإننا نشير على عدد من التصنيفات الأخرى نذكرها بإيجاز:

أ- تصنيف الجمعية الوطنية الأمريكية للأطفال المعاقين عقلياً:

يعتمد التكيف الاجتماعي أساساً للتصنيف وهو يضع المعاقين في الفئات التالية:

1- الاعتمادي الحدي الهامشي (Marginally Dependent) نسبة الذكاء فيها بين (50-70) درجة.

2- الاعتمادي الجزئي (Semi Dependent) نسبة الذكاء فيها ما بين (25-50) درجة.

3- الاعتمادي (Dependent) نسبة الذكاء فيها تقل عن (25) درجة.

ب- تصنيف منظمة الصحة العالمية، (1992) :

أما تصنيف منظمة الصحة العالمية (1992)، فقد صنفت الإعاقة العقلية إلى:

1- الإعاقة العقلية البسيطة: (**Mild Mental Retardation**).

هم الأطفال الذين تتراوح نسبة ذكائهم بين (30-50)، ويرتبط هذا القصور في السلوك التكيفي وما يلاقيه الطفل من معاملة أسرته، ومدى تعريضه لخبرات ومواقف لا تتناسب واستعداداته مما يعرضه لمشاعر الفشل والإحباط، لذا فهناك حاجة ماسة إلى ضرورة تفادي هذه المواقف، وتعزيز ثقتهم بأنفسهم، ويلاحظ أن أطفال هذه الفئة قابلون للتعلم، فهم يكتسبون اللغة مع بعض التأخير ولكنهم يستفيدون منها في حياتهم اليومية، ويمكن أن يستفيد هؤلاء من البرامج التعليمية العادية ويحققوا استقلالاً شخصياً واقتصادياً بصورةٍ تامةٍ أو جزئيةٍ، وذلك حسب استعداداتهم، فيصل معظمهم إلى الاستقلالية في الرعاية الذاتية (تناول الطعام، والنظافة، وارتداء الملابس، والإخراج، كذلك في المهارات المنزلية).

2- الإعاقة العقلية المتوسطة: (Moderate Mental Retardation).

هم الأطفال الذين تتراوح نسبة ذكائهم بين (40-55) درجة، وهم بطيئون في تطوير واستخدام اللغة، وعلى الرغم من أنهم يعانون من القصور في المظاهر النمائية فإنهم عن طريق الإشراف والتدريب يمكنهم تعلم مهارات العناية بالذات، وحماية أنفسهم من الأخطار واكتساب السلوك المقبول في التغذية، والنظافة، وارتداء الملابس وخلعها، وعادات النظافة والإخراج، وتناول الطعام، كما يمكن تدريبهم على القيام ببعض الأعمال المنزلية وممارسة مهنٍ يدويةٍ بسيطةٍ، وهم قادرون على اكتساب المهارات والعادات السلوكية التي تسهم في تكيفهم الشخصي والاجتماعي في المنزل، وفي المجتمع.

ولاحظ جيرهارت ولينون أن هناك ستة مجالات تعتبر مهمةً في مناهج المعاقين عقلياً إعاقةً متوسطةً وهي مهارات العناية بالذات، ومهارات الاتصال، ومهاراتٌ اجتماعيةٌ شخصيةٌ، ومهارات التآزر الحركي ومهاراتٌ أكاديميةٌ، ومهاراتٌ مهنيةٌ، ومهاراتٌ مساعدةٌ للذات (استخدام الحمام وارتداء الملابس ومهاراتٌ اجتماعيةٌ).

3- الإعاقة العقلية الشديدة: (Sever Mental Retardation).

هم الأطفال الذين يعانون من قصورٍ في المظاهر النمائية وتأخرٍ في المهارات الحركية، وعيوب في النطق والكلام، ويعانون من قصورٍ شديدٍ في الاستقلال الذاتي والعجز عن اتخاذ القرار بأنفسهم وقد يتعلمون القليل من المهارات الشخصية للاعتماد على النفس، ولكنهم بحاجةٍ ماسةٍ إلى إشرافٍ ورعايةٍ كاملةٍ، كما يعانون من إعاقاتٍ مصاحبةٍ.

4- الإعاقة العقلية الشديدة جداً: (Profound Mental Retardation).

تكون نسبة ذكاء هذه الفئة (20) درجة فما دون، لديهم قدرةٌ محدودةٌ جداً على فهم التعليمات والمطالب والاستجابة لها، وهم مقيدون بدرجةٍ شديدةٍ في الحركة، يصاحب الإعاقة العقلية تدهورٌ في الحالة الصحية والتآزر

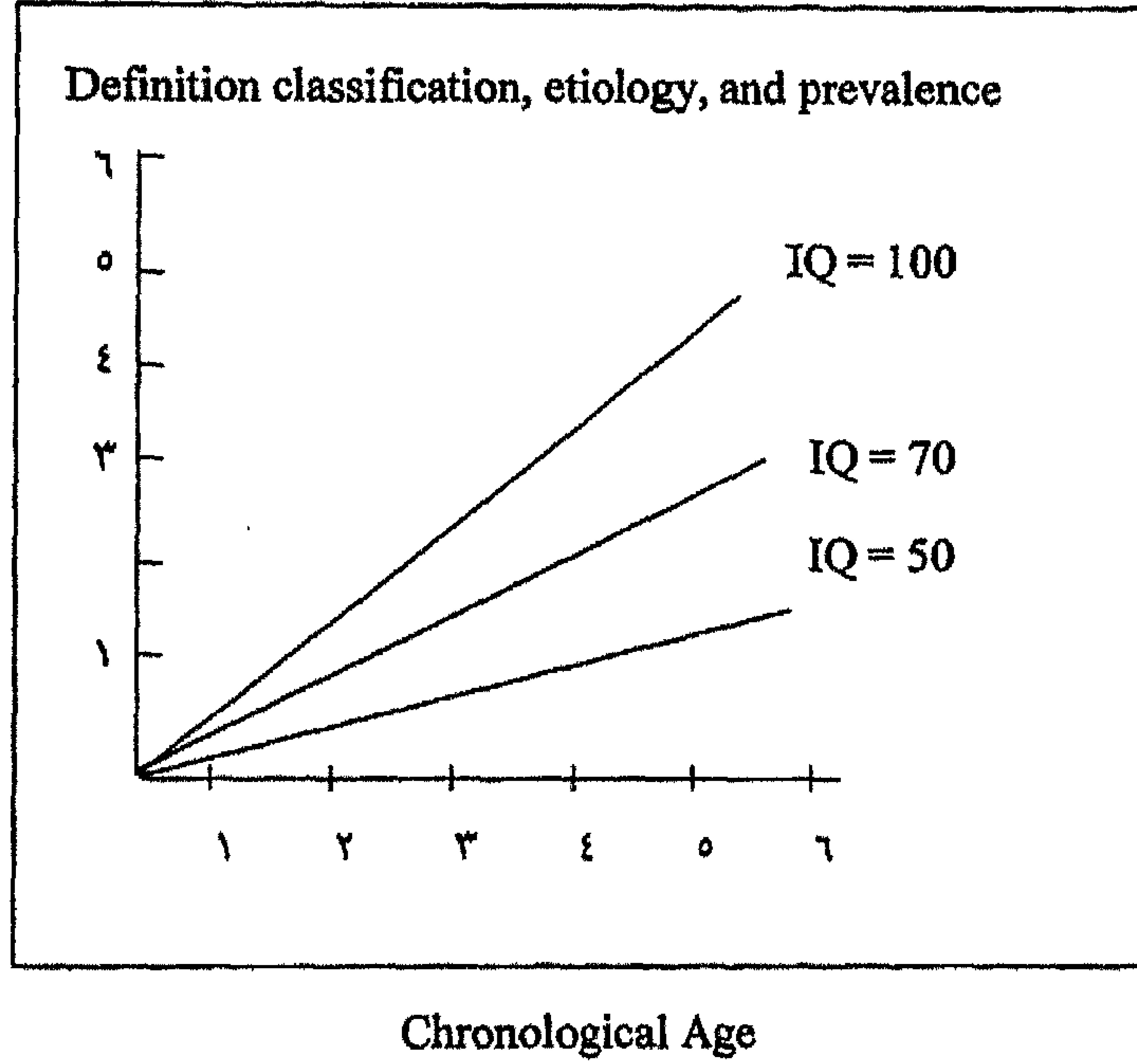
الحركي، وقصورٌ في الاستعداد اللازم للغة والكلام، ولديهم عجزٌ في الكفاءة الشخصية والاجتماعية، ويحتاج هؤلاء إلى مساعدةٍ وإشرافٍ مستمرين لرعاية حاجاتهم الشخصية.

العلاقة بين نسبة الذكاء والعمر الزمني والعمر العقلي:

(Relationship Between IQ, CA, and MA)

وهناك مشكلة أخرى في النظام الذي يعتمد على نسبة الذكاء وهو أن أساس تصنيف الذكاء يعطي الانطباع المغلوط بأن الصفات المشتركة للفئة تعتمد على ذكاء الفرد. وفي الحقيقة فإن الذكاء لا يحدد قدرات أي شخص، والدرجة هي في الأساس قياس نسبة التطور المعرفي. والمتغيرات المستقلة الوحيدة المتعلقة بتقييم الموقف المعرفي النسبي للطفل عدد معين من الشهور لبنود الاختبار الذي يستطيع اجتيازها. وهكذا، فإن مستوى الطفل المعرفي يعرف بواسطة العمر الزمني على أنه قياس الواجبات المعرفية الإدراكية التي يستطيع الطفل القيام بها. وأن الذكاء كمقياس لنسبة التطور الفكري يمكن أن يشاهد بوضوح في شكل (3.2) الذي يوضح العلاقة بين العمر الزمني والعمر العقلي لمجموعات الذكاء المختلفة. ويلاحظ أن منحدرات المجموعات الثلاث مختلفة اختلافاً واضحاً. وبإجراء تفحص دقيق، فإنه يجب أن يحول دون ظننا أو يبعدنا عن الظن بأن الفرد ذا الذكاء المنخفض، يعتبر من الثابت أنه أقل مقدرة من الفرد ذي الذكاء المرتفع. وكما يلاحظ في الجدول فإن الطفل ذا الذكاء البالغ (50) بعمر زمني مقداره (6) يقع بمستوى معرفي أعلى حسب تعريف العمر العقلي، مقارنة بطفل بدرجة (100) وبعمر زمني مقداره (2)، وعلى كل حال، فإن الفرق المطلق في المستوى المعرفي بين الأطفال المعاقين والأطفال العاديين يزداد بالعمر، لأن قدرات الأطفال ذوي الذكاء المنخفض يتطورون بنسبة أكثر بطئاً.

ومما يزيد من تعقيد الأمر العلاقة المتبادلة بين المقاييس الثلاثة (نسبة الذكاء، والعمر العقلي، والعمر الزمني). وباستخدام القليل من العمليات الحسابية، يتضح أنه إذا تم تثبيت العمر الزمني، فإن العمر العقلي ونسبة الذكاء يتلازمان تماماً. وهكذا، ففي النموذج التصنيفي المرتكز على الذكاء فإن العمر العقلي يمكن استبداله بالذكاء كأساس للتصنيف طالما أن تصنيفات العمر العقلي محددة لمجموعة عمرية معينة. وإذا كانت المصداقية هي الهدف الرئيسي للنظام، فمن الممكن أن ينشأ جدل حول أن كلا نظامي التصنيف يجب أن يستخدما، بحيث يستعمل أحدهما العمر العقلي ويستعمل الآخر نسبة الذكاء كأساس للتصنيف. ومن المحتمل أن يكون العمر العقلي أفضل مؤشر لدينا عن مدى براعة الطفل في أداء أنواع الواجبات الموجودة في اختبارات الذكاء. وعلى كل حال، فإن العمر العقلي كما هو الحال في العمر الزمني هو مقياس يتغير باستمرار، فحتى الأطفال المعاقون إعاقة شديدة عادة ما تتحسن قدراتهم العقلية، وعليه فإن الذكاء الذي يكون ثابتاً نسبياً له أثر أكبر على نظرة الآخرين وتفاعلهم مع الطفل، مع أن البالغين يعدلون سلوكهم ليتلاءم مع مستوى قدرة الطفل. وتبعا لذلك، فإن التفاعل مع البالغين يعد عاملاً حاسماً آخر من العوامل التي تحدد سلوك الطفل. فالطفل ذو الذكاء المنخفض والذي قادته تفاعلاته الاجتماعية أو جعلته يشعر بأنه غير مقبول اجتماعياً سيتصرف بشكل مختلف عن طفل بنفس الذكاء، ولكن لم يظهر مثل هذه الصورة السلبية، لذلك، هناك مبرر قوي لاستخدام الذكاء كأساس في التصنيف، حتى لو أن هذا الرأي لم يعط للعمر العقلي المنزلة التي نريدها.



Chronological Age

ومع أن للذكاء والعمر العقلي أثراً كبيراً وشاملاً على السلوك، فإن متغير العمر الزمني يجب أن لا يهمل. ولقد قدم كولبرج (Kohlberg, 1969) مداخلة مثيرة للاهتمام حيث جادل بأن بعض السلوكيات المعينة التي تتناول التطور الإدراكي (مثل القدرة على تمثيل الدور)، تتأثر بحجم التفاعلات بين الفرد والبيئة. وحيث أن الأطفال المعاقين أكبر سناً من الأطفال العاديين في نفس العمر العقلي، فقد واجهوا عدداً أكبر من هذه التفاعلات. وهذا يقودنا إلى توقع مفاده أنه بعد دراسة الأطفال المعاقين عقلياً والعاديين الذين طبق عليهم العمر العقلي، فإن أداء المجموعة التي تعاني من الإعاقة سيكون أفضل. وبينما تدعم بعض النتائج العرضية هذه الصيغة إلا أن غالبية البحوث لا تدعمها.

ومع أن العمر الزمني هو بدون شك مؤشراً أو مقرر للكثير من السلوكيات البدنية، يبقى السؤال حول أي الخصائص النفسية يتأثر بالعمر الزمني وأيها لا يتأثر به. ومن غير المحتمل أن يكون للعمر الزمني أثر كبير على نوعية الأداء الإدراكي

المطلوب في اختبارات الذكاء، أو في الدراسات التي تقيم العمليات الإدراكية المحددة.

وفي الواقع، فإن العمر الزمني يحتمل أن يؤثر في السلوكيات والاهتمامات الاجتماعية التي تتطلب مستوى إدراكياً منخفضاً. فبنفس الطريقة التي يتم فيها تعلم الأدوار الاجتماعية، فإن أدوار العمر هي أيضاً تغرس في الذهن. فمن خلال التعليم المباشر وملاحظة الآخرين ومشاهدة التلفزيون، فإن المعاقين كغيرهم من العاديين، يتعلمون أن على الفرد في سن معينة أن يسلك سلوكاً يناسب سنه أو عمره. فعلى الطفل الذي يبلغ التاسعة من العمر أن يلعب الكرة، وعلى البنت التي تبلغ السادسة عشرة من العمر أن تستخدم أدوات التجميل مثلاً، أما الفرد الذي يبلغ (25) سنة من العمر فلا بد من أن يتزوج. وطالما أن المعاق يملك القدرة على أداء المهام المعتادة، فإنه يجد نفسه مدفوعاً للقيام بها. وهذا الحافز أو الدافع القوي يمكن فهمه لأن تصرف كثير من الأشخاص المعاقين عقلياً مثل الآخرين دليل على أنهم عاديون.

وبالإضافة إلى المسلك الواضح المرتبط بالعمر، فلا بد وأن تكون هناك تنوعات واسعة وكبيرة من المهمات والواجبات التي يتم تعزيز أدائها عن طريق التكرار والزيادة في التعلم. ولربما كان من الطبيعي أن نكون مترددين في أن نطلب من طفل يبلغ السابعة من العمر بمعدل ذكاء متوسط أن يستقل الحافلة ويذهب إلى مركز المدينة، ولكن مثل هذه الهمة يمكن أن تكون ضمن مقدرة شخص معاق يبلغ من العمر (25) عاماً وعمر عقلي مقداره (7 سنوات). وفي الحقيقة، فإن المجهودات الحديثة التي تبذل في العلاج توضح أن الكثير من الأشخاص المعاقين عقلياً هم عادة أكثر مقدرة وكفاءة مما يظن بهم ومعظم هذه المقدرة أو الكفاءة يمكن أن تكون ناتجة عن العمر الزمني، بمعزل عن تأثير العمر العقلي ونسبة الذكاء. ومن المدهش معرفة أن ما تم إنجازه حتى الآن لتحديد السلوكيات المرتبطة بالعمر الزمني يعتبر قليلاً جداً.

- **مقاييس الذكاء:**

للذكاء مقاييس كثيرة تعرف باختبارات الذكاء وهي عبارة عن نماذج أو عينة مقننة لمظاهر الذكاء وآثاره في البيئة وتعتبر ترجمة إجرائية لتعريفات الذكاء أو تعريفاً له. ولا يتسع المجال هنا لتعدد اختبارات الذكاء وكيفية استخدامها وشروطها من حيث الصدق والثبات، وسوف نترك الاختبارات جانبا ونتناول مقاييس الذكاء التي من أهمها:

1- العمر العقلي: ع.ع: (Mental Age M.A.)

هو عبارة عن الدرجة التي يحصل عليها الفرد عند إجابته على سلسلة من الأسئلة المتدرجة في الصعوبة، وله معنيان نلخصهما في الآتي:-

(أ) يعني متوسط الدرجة التي يحصل عليها الأفراد في سن معينة.

(ب) يعني أن معظم الأفراد في هذه السن يحصلون على هذه الدرجة.

ويختلف مدى العمر العقلي من اختبار إلى آخر وذلك بحسب سقف الاختبار، أي أقصى درجة يمكن أن تمنح للمفحوص عندما يجيب إجابة صحيحة على جميع فقراته، فمثلاً أقصى عمر عقلي يمنح على اختبار مانكن (Mankin Test) حوالي ثماني سنوات، واختبار شب (Ship Test) (12 سنة)، واختبار الذاكرة (The Memory Span for Digit) (14 سنة). واختبار ستانفورد بينيه مراجعة (1916) حوالي (19.6) سنة، وفي مراجعة (1937) حوالي (22.10) سنة، وفي اختبار أوتس للقدرة الذهنية (Otis test of Mental Ability) (18.6) سنة.

والعمر العقلي مقياس للنمو الذهني يكون معدله مساوياً لمعدل العمر الزمني في السنوات الأولى من العمر، ثم يقل المعدل تدريجياً بعد ذلك عن معدل الزيادة في العمر الزمني ثم تنعدم الزيادة في العمر العقلي تماماً عند سن معين. يصعب علينا تحديده أو تحديد النقطة التي يقف عندها هذا النمو. ولكن الحاجة التطبيقية جعلت كثيراً من العلماء يفترضون هذا السن، ويحددون النقطة التي يقف نمو العمر العقلي

عندها، فقالوا في سن من (11-12) سنة، أو (12-13) سنة، أو من (14-16) سنة، أو في سن (18-22) تقريبا.

ويقرر وكسلر أنه عند اندماج اختبارات الذكاء لتكون بطارية لقياس العمر العقلي سوف نصف إلى أن القدرة الذهنية تتوقف عن النمو في سن الخامسة عشر تقريباً. وعندما لاحظ تيرمان وتلاميذه أن أداء المفحوصين على اختبارات (ستانفورد بينيه) الفرعية يتوقف عن التحسن في سن معينة، وأن الزيادة في العمر العقلي لا توازي الزيادة في العمر الزمني في فترة زمنية محددة، قاموا بإجراء تعديلات للعمر الزمني بعد سن (13) فخصموا (1/2) الزيادة في العمر الزمني بعد هذه السن حتى سن (16) سنة حيث يتوقف العمر العقلي تماماً عن النمو والارتقاء عند هذا السن.

إجراءات تطبيق مقياس ستانفورد بينيه للذكاء:

تتضمن إجراءات تطبيق مقياس ستانفورد بينيه عدداً من الخطوات والتعليمات والمبادئ والتي وردت في دليل المقياس الأصلي والذي أعده تيرمان وميريل (Terman and Merril, 1973) والتي يمكن تلخيصها في النقاط التالية:-

1- تهيئة ظروف المكان المناسب لعملية تطبيق المقياس على المفحوص.

2- توقيت الزمن المناسب لعملية تطبيق المقياس على المفحوص.

3- توفير جو من الألفة بين الفاحص والمفحوص قبل البدء بعملية التطبيق للمقياس.

4- تحديد العمر الزمني للمفحوص بالسنة والشهر.

5- تحديد العمر القاعدي للمفحوص، حيث يترك للفاحص أن يحدد العمر القاعدي للمفحوص بناء على معرفته وتقديره للقدرات العقلية للمفحوص وغالباً ما يبدأ الفاحص بالاختبارات التي تمثل العمر الزمني الذي يقل بسنة واحدة عن العمر الزمني للمفحوص، ويعرف العمر القاعدي (Basal Age)

بأنه ذلك العمر الذي ينجح فيه المفحوص على جميع اختبارات ذلك العمر ويوضح المثال رقم (1) ذلك.

6- تحديد العمر السقفي للمفحوص، حيث يحدد الفاحص العمر السقفي للمفحوص عندما يفشل في الإجابة على الاختبارات الخاصة بعمر ما، ويعرف العمر السقفي (Celling Age) بأنه ذلك العمر الذي يفشل فيه المفحوص على جميع اختبارات ذلك العمر.

7- تحديد العمر العقلي للمفحوص، حيث يحدد الفاحص العمر العقلي للمفحوص بجمع الشهور العقلية التي حصل عليها المفحوص على كل اختبار من الاختبارات التي نجح في الأداء عليها وفق معايير تلك الاختبارات، مضيفاً إليها العمر القاعدي. والمثال التالي يوضح ذلك.

حساب العمر القاعدي والسقفي للأداء على مقياس ستانفورد بينيه

العمر	عدد الاختبارات	وزن الاختبار بالشهور العقلية	عدد الاختبارات الناجحة	الشهور العقلية
3	6	1	6	العمر القاعدي 36
3.5	6	1	5	5 = 1×5
4	6	1	5	5 = 1×5
4.5	6	1	2	2 = 1×2
5.0	6	1	1	1 = 1×1
5.5	6	1	1	1 = 1×1
6	6	2	صفر	العمر السقفي
				المجموع 50 شهرا

ويوضح المثال السابق مفهوم العمر القاعدي وكيفية حسابه، ثم مفهوم الشهور العقلية التي يحصل عليها المفحوص على كل اختبار ينجح فيه ويلي العمر القاعدي، ثم مفهوم العمر السقفي، ويظهر في المثال السابق أيضاً وزن كل اختبار ينجح فيه المفحوص في الأعمار من العمر سنتين وحتى عمر خمس سنوات وهو شهر عقلي واحد حسب معايير المقياس، وعلى ذلك يصبح العمر العقلي للمفحوص في المثال السابق (50) شهراً وهو مجموع العمر القاعدي مضافاً إليه الشهور العقلية التي حصل عليها المفحوص على الاختبارات الناجحة والتي تلت العمر القاعدي وسبقت العمر السقفي.

8- تحديد نسبة ذكاء المفحوص، حيث يحدد الفاحص نسبة ذكاء المفحوص وفق المعادلة والتي فيها:

$$\text{نسبة الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100\%$$

وعلى ذلك تصبح نسبة الذكاء المفحوص (س) في المثال السابق كما يلي:-

50/ 48 × 100 = 104، ويعتبر (س) من فئة الأطفال العاديين في قدرته العقلية على منحنى التوزيع للقدرة العقلية.

2- نسبة الذكاء: ن.د. (I.Q) Intelligence

أول من استخدام نسبة الذكاء كمقياس هو شتيرن (W. sterm) الذي سماها بالنسبة العقلية، وهي ناتج قسمة العمر العقلي على العمر الزمني. ولما جاء تيرمان أطلق عليها نسبة الذكاء، وأضاف إلى معادلة شتيرن السابقة أن يضرب ناتج القسمة السابقة في مائة.

وأصبحت المعادلة عبارة عن:

$$\text{نسبة الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100\%$$

ونسبة الذكاء كمقياس للذكاء تظهر لنا جانباً من جوانب الذهن في صورة رقمية، وتبين لنا مدى نباهة الشخص بالنسبة لمن هم في نفس سنه، وفي نفس ظروفه. ولما جاء وكسلر لم تعجبه معادلة تيرمان في الحصول على نسبة الذكاء نظراً لما فيها من عيوب ونقائص منهجية وإحصائية، وخرج بطريقة جديدة للحصول على نسبة الذكاء عن طريق الدرجة المقننة والدرجات المعيارية، ويستخدم وكسلر طريقة تحويل الدرجة الخام إلى درجة مقننة، ثم يقارن درجة المفحوص المقننة بالدرجات المقننة لمجموعة من الأشخاص في نفس سنه ويحدد نسبة الذكاء من المعايير المستمدة من المجتمع.

واختلفت الآراء حول نسبة الذكاء، هل هي ثابتة مدى الحياة أم قابلة للتغير؟. والأمر في ذلك متوقف على الذكاء نفسه هل هو كمية ثابتة أم غير ثابتة؟. فلو كان كمية ثابتة كانت نسبة الذكاء ثابتة، ولو كان الذكاء كمية غير ثابتة تزيد وتنقص تغيرت نسبة الذكاء. كما أن القول بثبوت نسبة الذكاء وعدم قابليتها للتغير مرتبط -قليلاً أو كثيراً- بنظريات أثر الوارثة والبيئة في الذكاء.

نعرض بإيجاز لأهم وجهات النظر التي قيلت في ثبوت نسبة الذكاء ومدى قابليتها للتغير:-

(أ) يرى فريق من علماء النفس أن الذكاء كمية ثابتة لا تزيد ولا تنقص مدى الحياة، ومن هنا فإن نسبة الذكاء -التي تعكس معدل الذكاء خلال مراحل العمر المختلفة- ثابتة لا تتغير من فترة إلى أخرى، لكنه إذا لم تكن نسبة الذكاء ثابتة أصبحت بدون معنى وفقدت مدلولها تماما، فما هي قيمة معرفتي أن نسبة ذكاء (س) من الناس هي (90) إذا لم يكن عندي ثقة في أنه في المستقبل سوف يحصل على هذه الدرجة؟. هذا بالإضافة إلى أن ظروف

الحياة التي يرتقي فيها ذهن الطفل تظل ثابتة لدرجة كافية تجعل معدل نموه ثابتاً مدى الحياة.

(ب) ويرى فريق آخر أن القول بثبوت نسبة الذكاء يعني أن متوسط نسبة الذكاء في سن معينة لا يختلف عن المتوسط لهذه النسبة في الأعمار التالية، وهي لا تنحرف عن المتوسط بأكثر من درجتين معياريتين، كما أن نسبة الذكاء القريبة من المتوسط ثابتة، أما نسبة الذكاء التي تبعد عن المتوسط بدرجة أو درجتين معياريتين قابلة للتغير، ولكن لا تكون درجات التغير بأكثر من أخطاء العينة. لذلك يقول سيرل بيرت (C. Burt) عند الحديث عن ثبوت نسبة الذكاء لا بد أن نضع في الاعتبار المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والخطأ المعياري. ويذهب ديكسون (V.E. Dickson) إلى أن نسبة الذكاء في الأعمار الكبيرة ثابتة لا تتغير، وفي الأعمار الصغيرة قابلة للتغير ولا تستقر عند مستوى معين، وترجع قابليتها للتغير إلى عدم ثبات المقاييس المستخدمة في قياس الذكاء في الأعمار الصغيرة وإلى طبيعة النمو في هذه الأعمار الذي يختلف عنه في الأعمار الكبيرة.

ويرى أصحاب هذا الرأي أن ذكاء الإنسان يتأثر بعوامل كثيرة من أهمها:

1- مستويات العمر الزمني.

2- العمر العقلي.

3- نسبة الذكاء.

4- التحصيل الدراسي والحالة الصحية.

5- نوع البيئة.

يجب علينا أن نضعها في الاعتبار قبل أن نتحدث عن ثبات نسبة الذكاء أو عدم ثباتها.

(جـ) وثمة رأي ثالث يذهب إلى أن نسبة الذكاء قابلة للتغير إذ يعتقد أصحابه أن نسبة الذكاء لا تقيس الوسع الذهني، ولكنها تقيس الذكاء الكائن، الذي

تتغير كميته من عمر إلى عمر، ومن بيئة إلى أخرى. وأشار أصحاب هذا الرأي إلى أن نسبة الذكاء تعكس معدل النمو الذهني بالنسبة للعمر الزمني، وهذا المعدل ليس ثابتاً في جميع الأعمار وتحت كل الظروف. لذلك فإن نسبة الذكاء ليست ثابتة بمعنى (Stability) مدى الحياة. لعدة اعتبارات منها:-

1- نسبة الذكاء تقيس محتوى الوسع الذهني الذي يزيد وينقص طبقاً للظروف البيئية التي يعيش فيها الإنسان. وكما هو معروف يندر أن تهيأ كل الظروف العادية اللازمة أمام الإنسان لكي يستخدم كل إمكانياته الذهنية (Full Capacity). وهذا يجعلنا نعتقد أن معظم الناس لا يصلون إلى وسعهم الذهني الكامل. ولا يستفيدون من كل طاقاتهم الذهنية الكامنة لأسباب شخصية أو سلوكية أو بيئية، وإذا أمكن علاج هذه الأسباب أو التخفيف منها تزداد إمكانياتهم الذهنية وتتحسن نسب ذكائهم.

2- تزداد قدرة الطفل على العمل وحل المشكلات الصعبة كلما ازداد عمره الزمني، فطفل الثامنة يستطيع القيام بعمليات لا يستطع طفل الثالثة القيام بها. كما إننا عندما نقارن بين مستوى الطفل في السنة الأولى ومستواه في السنة الثانية نجد أنه قد تغير كثيراً جداً في معظم النواحي الذهنية والاجتماعية.

3- أشار جيزيل (Gessell) إلى أن نمو الذكاء عند غالبية الناس يسير بانتظام ولكن قد يكون نمو ذكاء بعض الأفراد بطيئاً فيكونون معاقين عقلياً وبعضهم سريعا فيكونون أذكياء.

4- ذكاء الأطفال ليس ثابتا بنفس الدرجة عند الكبار لعدة أسباب:

(أ) من الناحية الحسابية نجد أن زيادة شهر في العمر العقلي يرفع نسبة الذكاء حوالي (8) درجات في السنة الأولى، و (4) درجات في السنة الثانية ودرجة واحدة في السنة الخامسة.

(ب) يتأثر ذكاء الطفل بالتغيرات التي تحدث في البيئة أكثر من تـأثر ذكـاء الراشد أو المراهق الكبير.

وكان الحديث عن ثبوت نسبة الذكاء أمراً مـشكوكاً فيـه حتـى وقـت قريـب عندما أجريت البحوث الطولية أو التتبعيـة (Longitudinal Studies) الـتي جعلـت الكلام فيها أكثر دقـة وموضـوعية. ومـن أشـهر الدراسـات الطوليـة دراسـة بـالي (Balbey) المعروفة باسم بيركلي كـروث سـتدد (Berkaly Growth Studies) الـتي تتبع فيها (62) طفلاً منذ ولادتهم حتى الثامنة عشرة مـن العمـر، واسـتخدم فيهـا بطارية اختبارات لقياس الـذكاء، واختـبرهم في الـسنة الأولى شـهرياً، وبعـد (15) شهراً كل ثلاثة شهور، وبعد ثلاث سنوات كان يختبرهم بصورة شبه سنوية، وبعـد سن الخامسة كان يختبرهم كل سنة. وكان من نتيجة هذه الدراسة أن أشار الباحـث إلى أن الحديث عن ثبوت نسبة الذكاء يتوقف على عدة عوامل من أهمها:-

(أ) السن الذي يتم عنده الاختبار.

(ب) الفترة بين الاختبار الأول والاختبار الثاني.

(جـ) مستوى ذكاء الفرد.

كما أشار الباحث أيضاً إلى أن نسبة الذكاء قابلـة للـتغير ويمكـن قيـاس هـذا الـتغير (Variability of I.Q) بمقياسـين هـامين همـا، معـاملات الارتبـاط بـين الإجراءين وكمية التغير في الدرجة بين الإجـراء الأول والإجـراء الثـاني وهـذا مـا سوف نوضحه فيما يلي:

أ) أوضحت دراسة بـالي (B.G.S.) أن معـاملات الارتبـاط بـين نـسب الـذكاء ليست واحدة في الأعمار الزمنية المختلفة فهي بين الأعمـار (2، 3) سـنوات (0.72) وبـين (3، 4) سـنوات (0.60) وبـين (4) سـنوات و (17) سـنة (0.58) وعند حساب معاملات الارتباط بين نسبة الذكاء في سـن الـسادسة ونسبة الذكاء في سن (10، 11، 17) كانـت حـوالي (90، 80، 78) علـى التوالي. وكانت معاملات الارتباط بين نـسب الـذكاء في الأعمـار الـصغيرة

عالية وبين نسب الذكاء في الأعمار الكبيرة عالية أيضاً، وعلى العكس كانت معاملات الارتباط بين نسب الـذكاء في الأعمـار الكـبيرة ونـسب الـذكاء في الأعمار الصغيرة ضعيفة. ويوضح ذلك بيانات الجدول رقـم (1-1) إذ نجـد فيه أن معاملات الارتباط بين نسبة الذكاء في الثلاثة شهور الأولى من العمـر وبين نسب الذكاء في الثلاثة شهور الثانية هي (0.57)، وبينها وبين متوسـط نسب الذكاء في سن (17، 18) حوالي (0.05) ونجد فيه أيضاً أن معاملات الارتباط بين متوسط نسب الـذكاء في سـن (14، 15، 16) سـنة ومتوسـط نسب الذكاء في سن (17، 18) سـنة حـوالي (0.96) وبينهـا وبـين الثلاثـة شهور الأولى (-01.0).

جدول يبين معاملات الارتباط بين متوسط نسب الذكاء في الأعمار المختلفة مأخوذة من دراسة بالي التتبعية والتي استخدم فيها متوسط درجات الأفراد على مجموعة اختبارات للذكاء.

متوسط الأعمار	متوسط الأعمار بالشهور						متوسط الأعمار بالسنوات					
	5.4	8.7	11.10	14.13	21.18	30.27	48.42	6.5	9.8	12.11	15.14	18.17
	6	9	12	15	24	36	54	7	10	13	16	18
بالشهور												
1، 2، 3	057	0.02	0.28	0.10	0.04	0.09-	0.21-	013-	0.3-	0.02	0.01-	0.05
4،5، 6	00	0.72	0.52	0.50	0.21	0.10	0.16-	007-	0.06-	0.08-	0.04-	0.01-
7، 8، 9	00	00	0.18	0.57	0.39	0.22	0.02	0.02	0.07	0.16	0.006	0.20
10، 11، 12	00	00	00	0.81	0.60	0.45	0.27	0.10	0.19	0.30	0.23	0.01
13، 14، 15	00	00	00	00	0.70	0.54	0.35	0.30	0.19	0.19	0.09	0.23
18، 21، 24	00	00	00	00	00	0.80	0.49	0.50	0.37	0.13	0.45	0.55
27، 30، 36	00	00	00	00	00	00	0.72	0.70	0.58	0.53	0.46	0.54

متوسط الأعمار	متوسط الأعمار بالشهور						متوسط الأعمار بالسنوات					
	5.4	**8.7**	**11.10**	**14.13**	**21.18**	**30.27**	**48.42**	**6.5**	**9.8**	**12.11**	**15.14**	**18.17**
	6	**9**	**12**	**15**	**24**	**36**	**54**	**7**	**10**	**13**	**16**	**18**
بالشهور												
42، 48، 54ش	00	00	00	00	00	00	00	0.82	0.71	0.64	0.70	0.62
بالسنوات												
5، 6، 7	00	00	00	00	00	00	00	00	0.92	0.80	0.87	0.86
8، 8، 10	00	00	00	00	00	00	00	00	00	0.94	0.92	0.19
11، 12، 13	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	0.96	0.96
14، 15، 16	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	0.96

ب) أشارت دراسة بالي أيضاً إلى أن الفروق في نسبة الذكاء في سن الثانية ونسبة الذكاء في سن الثالثة حوالي (8) درجات، وبين نسبة الذكاء في سن الثالثة ونسبة الذكاء في سن الرابعة حوالي (8،8) درجات، وبين نسب الذكاء في سن (4 و 17) سنة حوالي (18) درجة. وكانت الفروق بين نسبة الذكاء في سن السادسة ونسب الذكاء في الأعمار (10، 11، 17) هي (12.4، 14.8، 11.4) درجة على التوالي، أي أن الفرق بين نسب الذكاء في الأعمار الصغيرة بسيط وبين الأعمار الكبيرة والأعمار الصغيرة كبير جداً، ولا يمكن أن نرجع هذا التغير إلى الصدافة المحضة، أو التقلبات الذهنية الطارئة، وإنما ترجعها إلى قابلية نسبة الذكاء للتغير خلال مراحل النمو المختلفة.

توزيع نسب الذكاء:

تصنيف الذكاء إلى مراتب وتوزيعه إلى مستويات أمر تقتضيه الضرورة التطبيقية، وهو يشبه تماماً تصنيف الألوان بحسب مستوياتها إلى أصفر وبنفسجي أو

تصنيف ألوان الطيف إلى سبعة ألوان، فالألوان جميعا متداخلة والخط الفاصل بينها خط همي. كذلك الذكاء يصنف إلى موهوب ومتفوق ومتوسط ومتأخر عقلياً ومعاق عقلياً... الخ وهي مستويات متداخلة لا يوجد حد فاصل بين كل منها، ولكن اقتضت الضرورة العملية وضع خطوط وهمية تفصل بينها حتى يمكن تمييز هذه الفئات عن بعضها. ومن أشهر التصنيفات وأكثرها شيوعاً تصنيف تيرمان وميرل لنسب الذكاء على النحو التالي:-

- الدرجة (70) في نسبة الذكاء هي الخط الفاصل بين الإعاقة العقلية والتأخر العقلي.
- ومن (70–80) على شفى الإعاقة العقلية (حافة الهاوية).
- ومن (80–90) مرتبة الغباء.
- ومن (90–110) عادي أو متوسط الذكاء.
- ومن (110–120) متفوق.
- ومن (120–130) متفوق جداً.
- ومن (130) فأكثر موهوب.

أما توزيع دفيد وكسلر لنسب الذكاء فيختلف قليلاً عن توزيع تيرمان السابق لأنه أقامه على أساس من الانحراف المعياري لنسب الذكاء، وكان تحديده للخطوط الوهمية التي تفصل بين فئات الذكاء ومراتبه على النحو التالي:-

1- الإعاقة العقلية:

هي الدرجة التي تقل عن المتوسط الحسابي بثلاث درجات معيارية أي (-3)، يقابلها نسبة ذكاء أقل من (67) درجة، ويحصل عليها حوالي (202٪) من عامة الناس.

2- **التأخر العقلي (على شفى الضعف العقلي) :**

هي الدرجة التي تقل عن المتوسط الحسابي من (-3) إلى (-2)، وتقابلها نسب ذكاء من (67-79) درجة، ويحصل عليها حوالي (6.72٪) من عامة الناس.

3- **الغبي السوي:**

هي الدرجة التي تقل عن المتوسط الحسابي من (-2) إلى (-1) درجة معيارية، ويقابلها نسب ذكاء من (80-90) درجة ويحصل عليها حوالي (16.13٪) من عامة الناس.

4- **المتوسط أو الشخص العادي:**

هي الدرجة التي تزيد عن المتوسط الحسابي بدرجة واحدة، وتقل عنه بحوالي درجة واحدة، أي من (-1) إلى (+1) درجة معيارية، ويقابلها نسبة ذكاء من (91-110) درجة، ويحصل عليها حوالي (50٪) من عامة الناس.

5- **المتفوق:**

هي نسبة الذكاء التي تزيد عن المتوسط الحسابي بدرجة معيارية من (+1) إلى (+2)، وتقابلها نسبة ذكاء من (111-120) درجة ويحصل عليها حوالي (16.13٪) من عامة الناس.

6- **الموهوب:**

هي نسبة الذكاء التي تزيد عن المتوسط بدرجة معيارية أكثر من (+3)، ويقابلها نسبة ذكاء (128) فأكثر، ويحصل عليها (2.2٪) من عامة الناس.

نقد نسبة الذكاء:

ورغم أن نسبة الذكاء من أفضل مقاييس الذكاء إلا أنها ليست المقياس الوحيد له، لأن الذكاء وظيفة معقدة الجوانب، لا يمكن قياسها من جانب واحد

ولا بطريقة واحدة. ونسبة الذكاء كمقياس في حد ذاته لا تسلم من الانتقادات التي من أهمها.

أ) يختلف معنى نسبة الذكاء ومدلولها الرقمي من عمر إلى آخر، وذلك لاختلاف متوسط نسب الذكاء، وانحرافها المعياري في كل عمر، فلو كان الانحراف المعياري لنسب الذكاء واحداً في جميع الأعمار كانت نسب الذكاء التالية (120، 100، 80) تمثل فوق المتوسط، ومتوسط وأقل من المتوسط، أما إذا كان الانحراف المعياري في سن السادسة والثانية عشرة هو (12.5، 20) على التوالي، كان حصول الطفل على (120) درجة أمراً صعباً في سن عشره عنه في سن السادسة. كما أنه إذا اختبر طفل في سن السادسة، وآخر في سن الثانية عشر، وكانت نسبة ذكاء كل منهما تنحرف عن المتوسط الحسابي بحوالي (-2) درجة معيارية، كانت نسبة ذكاء الأول (75) درجة، والثاني (60) درجة. (على اعتبار أن متوسط نسبة الذكاء في جميع الأعمار 100 درجة). أي أن الدرجة (75) في سن السادسة تساوي الدرجة (60) في سن الثانية عشر، لأن الدرجة الواحدة في نسبة الذكاء تساوي (1/ 12) في سن السادسة و (1/ 30) في سن الثانية عشر من الانحراف المعياري.

وقد أشار تيرمان وميرل في دراستهما لاختبارهما المشهور إلى أن الانحراف المعياري لنسب الذكاء ليس واحداً في جميع الأعمار، فهو يتراوح بين (12.5-20.6) درجة على الصورة (ل) وبين (13.2-20.7) درجة على الصورة (م) وبين (14.2-18.2) درجة على الصورة (ل،م). ويوضح الجدول رقم (1-2) الانحرافات المعيارية لنسب الذكاء في الأعمار من سنتين إلى (18) سنة على اختبار بينيه، ونجد فيه أن الانحرافات المعيارية تختلف من عمر إلى آخر، وتختلف على الصورة (ل) عنها على الصورة (م) عنها على الصورتين معاً (ل،م). لذلك يجب علينا أن نضع في الاعتبار متوسط الذكاء، والانحراف المعياري في كل عمر عند تفسير نتائج اختبارات الذكاء ومقارنة أرقامها في الأعمار المختلفة.

ب) ومن الناحية التطبيقية لو كان متوسط نسب الذكاء في جميع الأعمار (100) درجة (ويكون توزيع نسب الذكاء اعتدالياً) يكون الترتيب المئينى للشخص الذي يحصل على نسبة ذكاء (125) هو (98) في سن السادسة، ولكي يحافظ على ترتيبه هذا لا بد أن يحصل على نسبة ذكاء (140) في سن الثانية عشرة.

جدول (**1-2**) الانحرافات المعيارية في نسب الذكاء بالنسبة للعمر الزمني على اختبار استانفورد بينيه الصورة (ل) والصورة (م) مراجعة **1937**

العمر الزمني	العينة	الانحراف المعياري		
		الصورة ل	الصورة م	الصورة ل و م
2	102	16.7	15.5	18.2
½ 2	102	20.6	20.7	18.2
3	99	19	18.7	18.2
½ 3	103	17.3	16.3	17.4
4	105	16.9	15.6	16.3
½ 4	101	16.2	15.3	15.5
5	109	14.2	14.1	14.7
5 /1 5	110	14.3	14	14.2
6	203	12.5	13.2	14.4
7	202	16.2	15.2	15
8	203	15.1	15.5	15.7
9	204	16.4	16.7	16.3

العمر الزمني	العينة	الانحراف المعياري		
		الصورة ل	الصورة م	الصورة ل و م
10	201	16.5	15.9	16.9
11	204	18	17.3	17.7
12	202	20	19.5	18.1
13	204	17.9	17.8	18
14	202	16.1	16.7	17.7
15	107	19	19.3	17.4
16	102	16.5	17.4	16.1
17	109	14.5	14.3	16.2
18	101	17.2	16.6	16

جـ) قد يؤدي التغير في نسب الذكاء إلى تغيير في ترتيب الشخص المئينى بالنسبة للمجموعة التي ينتمي إليها أو لا يؤدي، وذلك بحسب المستوى الذهني للفرد، فلو نقص مستوى ذكاء شخصين (15) درجة وكانت نسبة ذكاء الأول (75) درجة والثاني (125) درجة في سن السادسة، وفي سن الثانية عشر أعيد اختبارهما فكان ذكاؤهما (60 و 110) درجة على التوالي، فإن الترتيب المئيني للأول لن يتغير بينما يهبط مئين الثاني من (87-69) درجة.

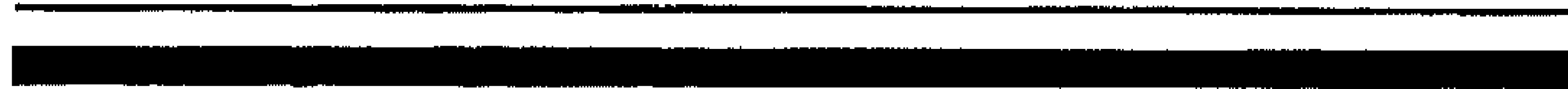
د) لو اختبر الطفل مرتين في الثانية والثانية عشر، واختبر آخر مرتين أيضاً في الخامسة والسابعة عشر، وكان نسبة ذكاء كل منهما (90) درجة في الإجراء الأول و (110) درجة في الإجراء الثاني، أي بزيادة قدرها حوالي (20) درجة لكل منها، فعلى الرغم من أن نسب الذكاء واحدة

في الإجراءين والزيادة فيها واحدة أيضاً، إلا أن الوضع النسبي لكل منهما تغير، فبالنسبة للطفل الأول كان ترتيبه المئينـى في الإجـراءين (31 و 69) على التوالي، وبالنسبة للثاني (24 و 76) على التوالي. وهنا يبدو خـداع نسبة الذكاء وتضليلها إذا فسرناها على أساس مدلولها الرقمي.

الوحدة الرابعة

مقدمة في خصائص المعاقين عقلياً

- الخصائص الأكاديمية.
  - الانتباه
  - التذكر
  - انتقال أثر التعلم
- الخصائص اللغوية.
- الخصائص العقلية.
- الخصائص الجسمية.
- الخصائص الشخصية.
- الخصائص الانفعالية والاجتماعية.



الوحدة الرابعة

مقدمة في خصائص المعاقين عقلياً

ليس من شك في أن التعرف على السمات والخصائص العامة للمعاقين عقلياً يساعد المربون والأخصائيون على تقديم أفضل الخدمات النفسية والتربوية والاجتماعية التي تفي باحتياجات ومطالب المعاقين، ويمكن الاعتماد في الكشف عن هذه السمات من خلال البحوث الميدانية التي تمت في هذا المجال.

وإن الأشخاص المعاقين عقلياً قادرين على التعلم والنمو، على أن نموهم وإن كان يوازي نمو الأشخاص غير المعاقين عقلياً إلا أنه يتصف بكونه بطيئاً، واستناداً إلى هذه الحقيقة فإن فلسفة رعاية هؤلاء الأشخاص قد تغيرت في العقود الماضية من الإيواء إلى تطوير البرامج التربوية للأفراد المعاقين عقلياً ذلك أن هؤلاء الأفراد لا يشكلون فئة متجانسة، فقد تختلف الخصائص تبعاً لدرجة الإعاقة، لذا نجد اختلافات واضحة بين الأفراد المعاقين عقلياً بعضهم البعض، هذا فضلاً عن الاختلافات الكبيرة بين هؤلاء الأفراد بين العاديين، وسوف يكون وصفاً لخصائص هذه الفئة بشكل عام رغم وجود بعض الخصائص المختلفة لكل فئة من فئات المعاقين عقلياً، وأهم الخصائص هي:

أولا: الخصائص الأكاديمية.

إن العلاقة القوية التي يرتبط بها كل من الذكاء وقدرة الفرد على التحصيل يجب أن لا تكون مفاجئة للمعلم عندما يجد الطفل المعاق عقلياً غير قادر على مسايرة بقية الطلبة العاديين في نفس العمر الزمني لهم، وخاصة في عملية تقصيره في جميع جوانب التحصيل، وقد يظهر على شكل تأخر دراسي في

مهارات القراءة والتعبير والكتابة والاستعداد الحسابي، وقد أشارت دونا بأن هناك علاقة بين فئة المعاقين عقلياً وبين درجة التخلف الأكاديمي، إذن من أكثر الخصائص وضوحاً لدى الأطفال المعاقين عقلياً النقص الواضح في القدرة على التعلم مقارنة مع الأطفال العاديين المتناظرين في العمر الزمني، كما تشير الدراسات في هذا الصدد إلى النقص الواضح في قدرة هؤلاء على التعلم من تلقاء أنفسهم مقارنة مع العاديين، ومن تلك الدراسات دراسة بني مستر (1976)، وديني (1946)، وزقلر (1964)، والتي يلخصها ماكميلان (1977)، بقوله أن الفروق بين تعلم كل من الأطفال العاديين والمعاقين عقلياً المتماثلين في العمر الزمني فروق في الدرجة والنوع.

أما من ناحية الانتباه: يعتبر الانتباه (وهو ما يعرف على أنه القدرة على التركيز على مثير محدد) متطلباً مهماً لتعلم التمييز، وقد حاولت دراسات عديدة جداً التعرف على هذه الصفة لدى الأفراد المعاقين عقلياً، وقد خلصت النتائج إلى افتراض مفاده أن قدرة الشخص المعاق عقلياً على الانتباه إلى المثيرات ذات العلاقة في الموقف أضعف أو أدنى من قدرة الأشخاص غير المعاقين، وأن ضعف الانتباه هذا هو العامل الذي يكمن وراء الصعوبة في التعلم التي يواجهها الأشخاص المعاقين عقلياً.

أما بالنسبة للإدراك لدى المعاق عقلياً والتصور فهو غير واضح، وهناك عدم قدرة على التركيز والانتباه، ولذلك على المعلم الذي يقوم بتدريس مثل هذه الفئات أن يكون قادراً على الاستثارة وعلى جذب انتباه الطلاب، وشدهم إليه وإلا انصرفوا عنه، أما ذاكرة المعاق عقلياً فليس لديه قدرة على التذكر، فقد يعجز عن تذكر حتى الأشياء التي تحيط به، وليس لديهم قدرة على اكتساب المعلومات.

فالطفل المعاق عقلياً يعاني من قصور في عمليات الإدراك العقلية وبالذات عملية التمييز والتعرف على المثيرات التي تقع على حواسه الخمس، وذلك بسبب

صعوبات الانتباه التي يعاني منهـا، وهذا يعني ضرورة أن يعمل المعلم على توظيف الاستراتيجيات المختلفة التي من شأنها العمل على زيادة الانتباه ومنها:

1- استخدام المثيرات ذات الأبعاد الواضحة والمميزة.

2- يجب أن تتباين المثيرات المستخدمة في البداية تبعا لأقل عدد ممكن من الأبعاد.

3- استخدام أساليب مختلفة لانتباه المتعلم مثل الإيماءات اللفظية والإيماءات الجسدية.

4- تنظيم البيئة الصفية على نحو يسمح بالتركيز على المثيرات ذات العلاقة، وإبراز العناصر الأساسية في المهمة التعليمية.

5- استخدام الوسائل السمعية – البصرية المناسبة.

6- إزالة المثيرات المشتتة والابتعاد عن المثيرات ذات العلاقة.

7- تعزيز الانتباه بطريقة فعالة.

أيضاً هناك بعض الاقتراحات لمساعدة المعاقين عقلياً على الانتباه:

1- تشغيل موسيقى هادئة وذلك للتغطية على الأصوات الخارجية.

2- استخدام ألوان مناسبة وأدوات ملونة بقدر المستطاع لمساعدة المعاقين على تركيز انتباههم، ويمكن للأدوات الناسخة للألوان وكذلك الأوراق التي تعطي نسخاً ملونة أن تضيف للمواد التي يصنعها المعلم تنويعاً وإثارة بالإضافة إلى أنها تساعد المعاق على الانتباه.

3- استخدام المعلم عند تحضير المواد مساحات واسعة نسبياً، وزيادة المسافات بين الكلمات أو الصورة وتشير بعض الدلائل إلى أن زيادة الهوامش يمكن أن تسهل عملية تعليم الأطفال المعاقين عقلياً لهذه المواد.

4- التركيز على مفتاح الكلمات أو الإشارة إلى الكلمات التي سوف يتعلمها من الدرس، ويمكن أن يتم ذلك بوضع خط أو سهم أو دائرة على هذه الكلمات أو كتابتها بلون مختلف.

5- استخدام الصور والأشكال بقدر المستطاع للمساعدة على التوضيح وجذب الانتباه.
6- أن لا تزيد فترة التدريب عن (15-20) دقيقة حتى لا يصاب المعاق بالإرهاق الذي يؤدي بدوره إلى التشتت.

أما درجة التذكر: فهي ترتبط بدرجة الإعاقة العقلية إذ تزداد درجة التذكر كلما زادت القدرة العقلية والعكس صحيح، وتعتبر مشكلة التذكر من أكثر المشكلات التعليمية حدة لدى الأطفال المعاقين سواء كان ذلك متعلقاً بالأسماء أو الأشكال أو الوحدات وخاصة الذاكرة قصيرة المدى، والاعتقاد السائد كما يذكر اليس (1970)، هو أن الأشخاص المعاقين عقلياً لديهم ضعف في اقتفاء المثير حيث يعتقد أن الذاكرة قصيرة المدى تتضمن أثر في الجهاز العصبي المركزي يستمر عدة ثوان وهذا الأثر هو الذي يسمح بالاستجابة السلوكية، وقد أطلق اليس على هذا اسم نظرية اقتفاء أثر المثير، وهو يعتقد أن الشخص المعاق عقلياً يواجه صعوبة في اقتفاء أثر المثير، ويلخص ماكملان نتائج بعض البحوث على موضوع التذكر ومنها:

1- تقل قدرة المعاق عقلياً على التذكر مقارنة مع الطفل الذي يناظره في العمر الزمني ويعود السبب في ذلك إلى أن ضعف قدرة المعاق عقلياً على استعمال وسائل أو استراتيجيات أو وسائط للتذكر كما يقوم بذلك الطفل العادي.
2- ترتبط درجة التذكر بالطريقة التي تتم بها عملية التعلم فكلما كانت الطريقة أكثر حسية كلما زادت القدرة على التذكر والعكس صحيح.
3- تتضمن عملية التذكر ثلاث مراحل رئيسية هي استقبال المعلومات وخزنها ثم استرجاعها، وتبدو مشكلة الطفل المعاق عقلياً الرئيسية في مرحلة استقبال المعلومات، وذلك بسبب ضعف الانتباه لديه.

وهناك أيضاً مشكلة انتقال أثر التعلم، يعاني الأطفال المعاقون عقلياً من نقص واضح في نقل التعلم من موقف إلى آخر، ويعتمد الأمر على درجة الإعاقة

إذ تعتبر خاصية صعوبة نقل أثر التعلم من الخصائص المميزة للطفل المعاق عقلياً مقارنة مع الطفل العادي الذي يناظره في العمر الزمني، ويبدو السبب في ذلك في فشل المعاق عقلياً في التعرف على أوجه الشبه والاختلاف بين الموقف المتعلم السابق والموقف الجديد، وقد لخص ماكملان نتائج الدراسات التي أجريت حول موضوع انتقال أثر التعلم، فأشار إلى الفروق الواضحة بين أطفال مراكز التربية الخاصة النهارية، وأطفال مراكز الإقامة الكاملة من حيث قدرتهم في التعرف إلى الدلائل المناسبة بين الموقف المتعلم السابق، والموقف الجديد اللاحق، كما أشار إلى أن قدرة الطفل المعاق عقلياً على نقل التعلم يعتمد على درجة الإعاقة العقلية، وعلى طبيعة المهمة التعليمية ودرجة التشابه بين الموقف السابق واللاحق.

إذن قدرة المعاقين عقلياً على التعميم محدودة، وتشير الدراسات أيضاً إلى أن قدرة المعاقين عقلياً على تعلم المفاهيم المجردة أدنى من قدرتهم على تعلم المهارات الملموسة وأن قدرتهم على الإفادة من الخبرة محدودة نسبياً.

والأفراد المعاقين عقلياً لا يستطيعون التقدم في العملية التعليمية الأكاديمية كغيرهم من الأفراد فهم لا ينجحون في المجالات الأكاديمية كغيرهم، ولا غرابة في ذلك فثمة علاقة قوية بين التحصيل الأكاديمي والذكاء، فهم يعانون من مشكلات في القراءة وخاصة الاستيعاب القرائي، وهم لا يحصلون أكاديمياً بما يتوافق وقدراتهم المتوقعة.

وتظهر الاقتراحات التالية بالترتيب حسب جدواها، أهمية التطبيق لتحقيق انتقال أثر التعلم:-

1- علم الطفل المعاق عقلياً قدر الإمكان استخدام وسائل وأدوات سوف يستخدمها في الحياة الواقعية، على سبيل المثال، إذا أردت تعليم الطفل الطريقة المناسبة لصرف النقود فعليك أن تستخدم نقوداً حقيقية إذ أن هذا يؤدي إلى احتمال أكبر لانتقال أثر المهارة إلى الحياة الواقعية.

2- استخدم الصور والأشكال لاكتساب خبرات أكثر واقعية، إذا تعذر استخدام خبرات من واقع الحياة.

3- عند استخدام الأنشطة المجردة مثل التمارين الحسابية أو ما شابهها فيجب أن تتبعها بأمثلة من الممارسات العملية.

4- عند تعليم نقل أثر التدريب يجب أن لا تترك أي شيء للحظ أو للصدفة.

5- عندما تضع قواعد الصف أو غيرها من المعلومات المشابهة ركز على الإيجابيات ولا تركز على السلبيات.

6- احرص على صحة المعلومات التي تدرسها لهم، على سبيل المثال، إذا سأل الطفل سؤالاً وكنت غير متأكد من الإجابة فابحث أولاً قبل أن تعطيه معلومات خاطئة.

* وفيما يتعلق بالتعليم غير المقصود، يعاني المعاق عقلياً من القصور في التعلم غير المقصود، لذا على معلمي التربية الخاصة استغلال أكبر قدر ممكن من التعليم المقصود، وهذه بعض الاقتراحات لتساعد المعلمين على ذلك:-

1- وضع ملصقات توضيحية على أكبر عدد ممكن من الأشياء في الصف (الأبواب، ساعات الحائط، أرضية الصف، الكتب، وغيرها)، وبهذه الطريقة يمكن للمفردات أن تنمو بواسطة النظر دون الحاجة إلى دروس إضافية.

2- استخدام التعليم العفوي بفاعلية عند تعليم مفاهيم مثل الوقت، استخدام ساعة حائط رقمية (للقراءة المباشرة) واطلب من الطلاب أن يخبروا عن الوقت وبذلك يمكن تحسين مفاهيم الوقت عندهم.

3- تقديم خبرات غنية للأطفال المعاقين عقلياً، فإن أكثر المعلومات التي يحصل عليها الأطفال من هذه الخبرات في العادة هي التي لا تدخل في حساب المعلم.

ثانيا: الخصائص اللغوية.

تعتبر الخصائص اللغوية والمشكلات المرتبطة بها مظهراً مميزاً للإعاقة العقلية وعلى ذلك فليس من المستغرب أن نجد أن مستوى الأداء اللغوي للأطفال المعاقين

عقلياً هو أقل بكثير من مستوى الأداء اللغوي للأطفال العاديين الذين يناظرونهم في العمر الزمني.

وأشارت الدراسات إلى أن الاختلاف بين العاديين والمعاقين عقلياً هو اختلاف في درجة النمو اللغوي ومعدله وقد لاحظ الباحثون تطور النمو اللغوي لدى الأطفال المنغوليين لمدة ثلاث سنوات، وتوصلوا إلى أن الاختلاف في تطور النمو بين الأطفال العاديين والمعاقين عقلياً هو اختلاف في معدل النمو اللغوي، حيث أن الأطفال المعاقين عقلياً أبطأ في نموهم اللغوي مقارنة مع نظرائهم من العاديين، وتبين الدراسات أن المشكلات الكلامية أكثر شيوعاً لدى الأشخاص المعاقين عقلياً منها لدى غير المعاقين وبخاصة مشكلات التهجئة ومشكلات لغوية مختلفة مثل تأخر النمو اللغوي التعبيري والذخيرة اللغوية المحدودة واستخدام القواعد اللغوية بطريقة خاطئة، وقد أشار هالهان وكوفمان (**1982م**) إلى الخصائص التالية للنمو اللغوي للأشخاص المعاقين عقليا:

1- إن مدى انتشار المشكلات الكلامية واللغوية وشدة هذه المشكلات يرتبط بشدة الإعاقة العقلية الذي يعاني منه الفرد، فكلما ازدادت شدة الإعاقة العقلية ازدادت المشكلات الكلامية واللغوية وأصبحت أكثر انتشاراً.

2- أن المشكلات الكلامية واللغوية لا تختلف باختلاف الفئات التصنيفية للإعاقة العقلية.

3- إن البنية اللغوية لدى المعاقين عقلياً تشبه البناء اللغوي لدى غير المعاقين عقلياً فهي ليست شاذة، أنها لغة سوية ولكن بدائية.

أما كريمر فقد أشار عام (**1974م**)، من خلال الاطلاع على الدراسات التي أجريت على تطور اللغة عند الأطفال المعاقين عقلياً وقد كانت على الشكل التالي:

1- الأطفال المعاقين عقلياً يتطورون ببطء في النمو اللغوي.

2- الأطفال المعاقين عقلياً يتأخرون في اللغة، مقارنة مع العمر بالنسبة للعاديين.

3- لديهم الضعف في القدرات المعرفية وذلك مثل ضعف في فترة الذاكرة.

ويعتبر الكف عن العجز في النمو اللغوي والاضطرابات المتعلقة به من الخطوات الأساسية لوضع برنامج تدريبي أو علاجي تدريبي أو علاجي مناسب، ويتم ذلك من خلال اتباع أسلوب الملاحظة المباشرة للطفل أو باستخدام أحد مقاييس اللغة أو كليهما معاً.

ثالثا: الخصائص العقلية.

من المعروف أن الطفل المعاق عقلياً لا يستطيع أن يصل في نموه التعليمي إلى المستوى الذي يصل إليه الطفل العادي، كذلك أن النمو العقلي لدى الطفل المعاق عقلياً أقل من معدل نموه من الطفل العادي، حيث أن مستوى ذكائه قد لا يصل (70) درجة كما أنهم يتصفون بعدم قدرتهم على التفكير المجرد وإنما استخدامهم قد حصر على المحسوسات، وكذلك عدم قدرتهم على التعميم.

رابعا: الخصائص الجسمية.

على الرغم من أن النمو الحركي لدى المعاقين عقلياً أكثر تطوراً من مظاهر النمو الأخرى إلا أن الأشخاص المعاقين عقلياً عموماً أقل كفاية من الأشخاص غير المعاقين عقلياً وذلك فيما يتصل بالحركات وردود الفعل الدقيقة والمهارات الحركية المعقدة والتوازن الحركي، كذلك تشير الدراسات إلى أن المعاقين عقلياً يواجهون صعوبات في تعلم المهارات اليدوية، كذلك تشير بعض الدراسات إلى أن المعاقين عقلياً أقل وزناً ولديهم تأخر في القدرة على المشي، وبما أن هؤلاء الأشخاص المعاقين عقلياً لديهم أكثر بقليل من حيث المشاكل في السمع والبصر والجهاز العصبي من العاديين لذلك من المتوقع بأن هؤلاء الأطفال من حيث التربية الرياضية أقل من العاديين في المهارات الرياضية، كما أن قدرتهم الحسية والحركية سريعة وذلك يظهر من خلال الحركات التي يقومون بها من دون هدف مثل المشي إلى الأمام ثم العودة إلى الخلف، وقد يصاحب بعضا منها تحريك الرأس واللزمات العصبية، وبناء على تحليل الأدب المتصل

بالخصائص النمائية الحركية للمعاقين عقلياً، خلص فالن وامانسكي (1985) إلى ما يلي:

1- هناك علاقة قوية بين العمر الزمني والأداء الحركي، فمع تقدم العمر يصبح المعاق عقلياً أكثر مهارة حركياً.

2- هناك علاقة قوية بين شدة الإعاقة العقلية وشدة الضعف الحركي.

3- أن تسلسل النمو الحركي لدى المعاقين عقلياً يشبه التسلسل النمائي لدى غير المعاقين عقلياً، فمعدل النمو لدى المعاقين عقلياً أبطأ منه لدى غير المعاقين، وكمجموعة فإن المعاقين عقلياً يتأخرون في المشي مقارنة بغير المعاقين ويكونون أقصر قليلاً من الآخرين، وأكثر عرضة للمشكلات والأمراض الجسمية، ومن المشكلات الرئيسية التي يعاني منها الأطفال المعاقين عقلياً المشكلات المتصلة بالمجاري البولية وبخاصة منها السلسل البولي، فقد أشارت الدراسات إلى أن نسبة كبيرة من هذه الفئة تعاني من مشكلة السلس.

كذلك يواجهون صعوبة كبيرة في التحكم بحركة اللسان، ويظهرون أنماط تنفسية شاذة مما قد يجعلهم عرضة لالتهابات مجرى التنفس، وقد يتطلب هذا الأمر أحيانا إجراء العمليات الجراحية، وتعاني نسبة كبيرة من المعاقين عقلياً من الاضطرابات العصبية وبخاصة الصرع، فالدراسات تشير إلى أن حوالي (10٪) منهم يعانون من الصرع وأن نسبة انتشار هذا الاضطراب لدى الذكور أكثر منها لدى الإناث كذلك أشارت أن بلوغهم الجنسي مبكراً، ولقد تبين أن بعضهم يتردد حولهم شكاوي الشذوذ الجنسي ولم تتعد أعمارهم عشر سنوات، وكان مرد هذا الشذوذ إلى حالات تعويضية يريد المعاق فيها إثبات كيانه وتحقيق ذاته.

خامسا: الخصائص الشخصية.

إن الأطفال المعاقين عقلياً لديهم بعض المشاكل الانفعالية والاجتماعية وذلك لسبب يعود إلى المعاملة والطريقة التي يعامل بها هؤلاء المعاقين في المواقف الاجتماعية حيث قد يوصف بأنه متخلف أو غبي أو مجنون... الخ.

وقد أشار زغلر من خلال الفرضيات التي وضعها في بحثه إلى أن السبب الحقيقي وراء تسمية أو الحكم على الأطفال المعاقين عقلياً بأنهم غير اجتماعيين يعود إلى الخبرات السابقة لديهم وما أصيبوا من احباطات نتيجة هذا التفاعل مع القادرين، وقد أكد زغلر بأن السبب يعود إلى ضعف الدافعية لديهم للتعامل مع الآخرين، وأشارت كثير من الدراسات إلى أن لدى المعاقين عقلياً إحساس سلبي نحو أنفسهم بسبب ضعف القدرات لديهم التي قد تساعدهم في عملية النجاح، وكذلك أن لدى المعاقين عقلياً ضعف في مفهوم الذات.

سادسا: الخصائص الانفعالية والاجتماعية.

يجعل الضعف العقلي الإنسان المعاق عقلياً عرضة لمشكلات اجتماعية وانفعالية مختلفة، فلقد تبين أن العجز في السلوك التكيفي يعتبر من أحد الخصائص المهمة للإعاقة العقلية، ولا يعود ذلك للضعف العقلي فحسب ولكنه يعود أيضاً إلى اتجاهات الآخرين نحو المعاقين عقلياً وطرق معاملتهم لهم وتوقعاتهم منهم، وهذه الاتجاهات والتوقعات تؤدي إلى تدني مفهوم الذات لديهم يرتبط بخبرات الفشل والإخفاق التي يواجهونها، كذلك فإن الأشخاص المعاقين عقلياً يظهرون أنماطا سلوكية اجتماعية غير مناسبة ويواجهون صعوبات بالغة في بناء العلاقات الاجتماعية المناسبة مع الآخرين.

إن الأشخاص المعاقين عقلياً أيضاً لا يتطور لديهم الشعور بالثقة بالذات، وفي العادة يصف الباحثون ذلك بالقول أن المعاقين عقلياً يعتمدون على الآخرين لحل المشكلات، وأنهم يعزون سلوكهم لعوامل خارج نطاق سيطرتهم، أنهم بسبب الإخفاق يتطور لديهم الخوف من الفشل وتوقع الفشل الأمر الذي يدفع بهم غالباً إلى تجنب محاولة تأدية المهمات المختلفة، وهذه المظاهر الانفعالية والاجتماعية غير التكيفية أكثر انتشاراً لدى الأشخاص المعاقين عقلياً الملتحقين بمؤسسات التربية الخاصة إذ أنها تعتمد على عزلهم وعدم توفير فرص دمج لهم في المجتمع.

كذلك لوحظ أن الطفل المعاق عقلياً يميل إلى الانسحاب والتردد في السلوك التكراري وكذلك في الحركة الزائدة، وفي عدم قدرته على ضبط الانفعالات، وعدم

القدرة على إنشاء علاقات اجتماعية فعالة مع الغير، وغالباً ما يميل إلى المشاركة مع الأصغر سناً في نشاطه وقد يميل إلى العدوان وعدم تقدير الذات، والعزلة والانطواء، وتكرار الإجابة رغم تغيير السؤال، وأشار روثيستن (1967)، أن الطفل المعاق عقلياً قد يكون هادئاً لا يتأثر بسرعة، حسن التصرف والسلوك راضياً بحياته كما هي، قانعاً بإمكاناته المحدودة، ويستجيب إذا عاملناه كالطفل الصغير ويغضب إذا أهمل ولكن لا يستمر في غضبه فترة طويلة، فسرعان ما يضحك ويمرح ومن السهل التأثير عليه لأنه سريع الاستهواء.

أما لو أخذنا الخصائص تبعاً لدرجة الإعاقة، نجد اختلافات واضحة بين الأفراد المعاقين عقلياً بعضهم البعض، هذا فضلا عن الاختلافات الكبيرة بين هؤلاء الأفراد وبين العاديين.

الوحدة الخامسة

الوقاية من الإعاقة العقلية والاتجاهات العامة

- أهمية الوقاية من الإعاقة
- مستويات الوقاية من الإعاقة
- ما الذي نستطيع أن نتوقعه من الوقاية؟
- برامج الوقاية من الإعاقة العقلية
- المبادئ العامة في الوقاية من الإعاقة العقلية (أساليب الوقاية)
- دور الأسرة في العملية الوقائية
- الاتجاهات نحو الإعاقة العقلية
  - أولا : اتجاهات الناس عامة نحو المعاقين عقلياً
  - ثانيا : اتجاهات المعلمين والمهنيين العاملين مع المعاقين عقلياً
  - ثالثا : اتجاهات الرفاق نحو الأطفال المعاقين عقلياً
  - رابعاً : اتجاهات الأطفال المعاقين عقلياً نحو أنفسهم
  - خامسا : اتجاهات والدي الأطفال المعاقين عقلياً نحو أطفالهم المعاقين

الوحدة الخامسة

الوقاية من الإعاقة العقلية والاتجاهات العامة

أهمية الوقاية من الإعاقة:

من المعروف أن أسباب الإعاقة العقلية التي استطاع الإنسان التعرف عليها والكشف عنها حتى الآن تزيد على المئة وهي في مجملها لا تفسر إلا نسبة قليلة من حالاته. إلا أن تعدد أسباب الإعاقة يجعل أمر الوقاية عملية صعبة، ذلك أن الوقاية من الإعاقة يجب أن تتجه للتصدي لجميع هذه الأسباب والعوامل التي تؤدي إليه. والواقع أنه مهما بدت عملية الوقاية صعبة وشاقة إلا أن أهميتها تظهر واضحة حين نعلم أن نسبة الإعاقة العقلية تقدر بحوالي (2-3٪) من مجموع سكان العالم وأن هذه النسبة تشكل عبئاً اقتصادياً وسيكولوجيا واجتماعياً على هذه المجتمعات وربما تضاعف هذا العبء في المجتمعات النامية.

إن التقدم الذي أحرز في مجال الكشف عن أسباب الإعاقة العقلية في السنوات الأخيرة قد ساعد مساعدة كبيرة وفعالة في وضع سبل الوقاية والعلاج في بعض الحالات، فقد ساعد تطور الخدمات الصحية وبرامج تنظيم الأسرة والخدمات الاجتماعية والتربوية على تطوير بعض وسائل الوقاية وتجنب أشكال الإعاقة المختلفة ومن بينها الإعاقة العقلية.

إن معرفة الإنسان في مجال الاضطرابات التي تصيب الكرموزمات الوراثية كما هو الحال في حالة المنغولية مثلاً أو الأمراض التي يمكن أن تتعرض لها الأم الحامل والتي تترك آثارها على الجنين وتسبب له أشكالاً مختلفة من الإعاقة العقلية أو الحسية أو الجسمية قد ساعدت جميعها على وضع تدابير الوقاية من

الإعاقة العقلية وذلك بمراقبة هذه الاضطرابات والأمراض ومعالجتها قبل أن تحدث أثرها على الجنين أو بتجنب الحمل أصلاً في بعض الحالات التي يكون فيها احتمال الإعاقة كبيراً. هذا بالإضافة إلى معرفة الإنسان بطبيعة بعض الأمراض السارية التي يمكن أن تصيب الأم الحامل من جهة أو تصيب الطفل بعد الولادة من جهة ثانية وبعض الأخطار التي قد يتعرض لها الجنين قبل الولادة والطفل بعدها كأمراض الحصبة الألمانية والدفتيريا والتهاب السحايا واضطرابات الغدد والسعال الديكي والحمى القرمزية. إن معرفة الإنسان لهذه الأمراض وطبيعتها والآثار التي تحدثها في الجنين أو الطفل قد ساعدت إلى حد كبير في الوقاية من الإعاقة العقلية من جهة ومن حالات الإعاقة الأخرى من جهة ثانية وخاصة حين تمكن الطب من إيجاد الأمصال التي أثبتت فعالية عالية جداً في إعطاء الفرد مناعة ضد هذه الأمراض وحمايته بالتالي من الإعاقة العقلية أو غيره من أشكال الإعاقة.

وعلى الرغم من أن الإعاقة العقلية هي عرض من الأعراض المرافقة لحالات كثيرة، إلا أن الأبحاث الطبية لم تتوصل لأكثر من حوالي (25٪) من الأسباب المؤدية للإعاقة العقلية، وهذا يعني أن (75٪) من أسباب الإعاقة العقلية مازالت غير معروفة، ولكن هذا الواقع لا يقلل من أهمية بذل الجهد على مستوى الوقاية، ولاشك أن الوقاية من هذه العوامل، تساعد في التقليل من نسبة انتشار الإعاقة العقلية، حيث يمكن تقليل خطر زيادة الإعاقة العقلية بنسبة كبيرة إذا عمل وفق النصائح التي تفيد في التقليل من نسبة انتشارها.

ولا تؤدي العملية الوقائية الأغراض التي وضعت من أجلها، إلا إذا تظافرت جميع الجهود لوضع كافة بنودها قيد التنفيذ من قبل:-

الأسرة والمجتمع بكافة أفرادها، والدولة بكافة مؤسساتها ذات الصلة بالعملية الوقائية. الباحثين والدارسين، ومخططي البرامج الوقائية من الأخصائيين والقائمين على تنفيذها.

مستويات الوقاية من الإعاقة:

تقسم الوقاية من الإعاقة إلى ثلاث مستويات وهي:

- **الوقاية الأولية** (Primary Prevention): وهي الإجراءات والتدابير التي تتخذ قبل حدوث المشكلة، وتعمل على منع حدوثها، وذلك بتوفير الخدمات والرعاية المتكاملة الصحية، والاجتماعية والثقافية، في البيئات والأسر ذات المستويات المتدنية اجتماعياً، واقتصادياً، والتحصين ضد الأمراض المعدية، وتحسين مستوى رعاية الأم الحامل، وتوعيتها بأسباب الإعاقة وكفالة الرعاية اللازمة للأطفال الرضع، وتوجه نحو والدي الشخص المصاب بالإعاقة، أو الشخص الذي قد يطور حالة قد ينتج عنها إعاقة عقلية.
- **الوقاية الثانوية** (Secondary Prevention): وهي الإجراءات والتدابير التي تكفل التقليل من الاستمرار، أو تعمل على شفاء الفرد من بعض الإصابات التي يعاني منها، أي تحول دون تطور الإصابة من خلال الكشف المبكر، وتوجه نحو الشخص الذي ولد مصاباً بحالة قد تسبب إعاقة عقلية، والخدمات المقدمة في هذا المستوى منها العلاج السريع لحالات التراخوما، الإسعافات الأولية الفورية للكسور أو حوادث السيارات، اتخاذ إجراءات وقائية لحالات الصرع، توفر العلاج النفسي، والخدمة الاجتماعية، ومكاتب التوجيه الأسري.
- **الوقائية من الدرجة الثانية:** (Tertiary Prevention) : وهي الإجراءات والتدابير الوقائية والأفعال التي تحد من المشكلات المترتبة على الإعاقة العقلية، وتعمل على تحسين مستوى الأداء الوظيفي للفرد، وتساعد على التخفيف من الآثار النفسية والاجتماعية عند حدوث الإعاقة، حيث تعنى بجميع أشكال الرعاية والخدمات الصحية والاجتماعية، والتعليمية والتدريبية، والتأهيلية، والتشغيلية التي تبذل في رعاية المعاقين بحيث لا يتفاقم قصور الطفل، أو تزيد المشكلات لديه، وتوجه للفرد الذي يعاني فعلاً من

إعاقة عقلية، وذلك عن طريق الإسراع بدراسة الحالة، أو رسم البرنامج التأهيلي الطبي، والتربوي، والاجتماعي، والمهني، وتنفيذها، وعلاج الآثار النفسية للمعاق، وفي مستوى من مستويات الوقاية، يمكن أن تتخذ الإجراءات التي تكفل التأثير في كل واحدة من الأسباب المؤدية للإعاقة العقلية.

ومن أهم مبادئ الوقاية من الإعاقة ما يلي:-

1- التعرف على الأسباب ومنع حدوثها.

2- رفع المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسر.

3- التوعية الأسرية من خلال الإرشاد الأسري، والإرشاد الجيني، والإرشاد الصحي.

4- توعية المجتمع.

ما الذي نستطيع أن نتوقعه من الوقاية؟

إذا صح القول المعروف "درهم وقاية خير من قنطار علاج" في حالات الصحة العامة فإن صحة هذا القول تبدو ذات أهمية كبيرة في مجال الإعاقة العقلية بشكل خاص، ذلك أن الكثير من حالات المرض التي يعاني منها الإنسان قد أمكن التوصل إلى علاجها والتخلص من آثارها على صحة الإنسان، في حين أن هذا الأمر لم يتحقق في مجال الإعاقة العقلية بعد إلا في حالات نادرة جداً كان يمكن الكشف عنها في وقت مبكر. ولذلك فما دامت فرص العلاج بهذه الندرة فإن الوقاية تصبح أكثر إلحاحاً في مجال الإعاقة بشكل خاص. ولكن السؤال الذي نطرحه هنا هو: إلى أي مدى تستطيع تدابير الوقاية التي يتخذها الإنسان أن تذهب في الحد من مشكلة الإعاقة العقلية؟

تذكر لجنة الرئاسة للإعاقة العقلية في الولايات المتحدة الأمريكية (Presidents' Committee on Mental Retardation) في تقريرها لسنة (1976) "إن أفضل طريقة لمواجهة مشكلة الإعاقة العقلية هي منع الإعاقة من أن تحدث.

وقد حدد رئيس الولايات المتحدة في سنة (1971) هدفاً قومياً لتقليل حدوث الإعاقة العقلية إلى (50٪) قبل نهاية هذا القرن. إن هذا الهدف يمكن أن يحقق إذا كان لدى الشعب الأمريكي الرغبة في ذلك بشرط بذل جميع الجهود الجادة لتسخير المعرفة المتوفرة لديه.

إن أكثر حالات الإعاقة العقلية شدة هي تلك الناتجة عن اضطرابات الجهاز العصبي المركزي والتي تحدث تلفاً للدماغ في مرحلة ما قبل الولادة، ولذلك فإن الوقاية من معظم حالات الإعاقة الشديدة تصبح ممكنة إذا سعينا إلى أن يولد كل طفل ولادة سليمة. ترتبط الإعاقة العقلية البسيطة عادة بظروف الحرمان الثقافي والاجتماعي والفقر التي يعاني منها كل من الوالدين والأطفال، ولذلك فإن الوقاية من هذه الحالات إنما تكمن في السعي إلى أن يبدأ كل طفل حياته بعد الولادة بداية جيدة بعيدة عن الحرمان والفقر. وأن يولد الطفل ولادة سليمة وأن يبدأ حياته بداية جيدة هي حقوق شرعية لكل طفل وأهداف يمكن تحقيقها. والوصول إلى منتصف الطريق في الوقاية (50٪) في الربع الأخير من هذا القرن بما لدينا من معرفة أمر ممكن، حتى أن تخطي هذا الهدف في نهاية هذا القرن قد يكون أمراً ممكناً إذا استطعنا أن نوسع معرفتنا وأن نطبق هذه المعرفة بنفس المعدل الذي فعلنا في الخمسة والعشرين عاماً التي مضت".

والخلاصة أن الإجابة عن السؤال المطروح هنا تتلخص في أن تسخير الإنسان للمعرفة التي تحققت له حتى الآن وما يمكن أن يتحقق منها في السنوات القادمة سيمكن الإنسان من التقليل من حالات الإعاقة العقلية إلى حد يتجاوز توقعاتنا في هذا المجال. هذا بالإضافة إلى أن تحسين شروط المعيشة وخاصة في البيئات الفقيرة التي تكثر فيها حالات الإعاقة العقلية البسيطة سيكون كفيلاً بتقليل تلك الحالات إلى حد كبير جداً.

برامج الوقاية من الإعاقة العقلية:

من برامج الوقاية من الإعاقة العقلية وأكثرها أهمية:

- برنامج الإرشاد الجيني: وهو برنامج يساعد الوالدين الذين يستعدون للزواج،

أو الأسر التي لديها طفل معاق، بإعطائهم المعلومات حول الصفات السائدة والمتنحية والعوامل الوراثية واختلاف العامل الرايزيسي بين الأم وابنها، وهو برنامج توعوي.

- برنامج العناية الطبية أثناء الحمل: وهو برنامج لتوعية الأمهات الحوامل بالنسبة للتغذية المناسبة والأمراض المعدية والعناية الطبية وتجنب الأدوية والأشعة والمخدرات، والراحة النفسية.
- برنامج توعية الأمهات حول أهمية الولادة في المستشفى: من أسباب الإعاقة العقلية الولادة في المنزل بسبب قلة التجهيزات الطبية في المنزل وقلة النظافة وعدم القدرة على تفادي الاختناق وغيرها.
- برنامج توعية الوالدين حول أهمية التشخيص المبكر: يجب توعية الأمهات حول المظاهر غير المطمئنة لدى الطفل منذ ولادته، وأن اكتشاف مثل هذه الإعاقات مبكراً يساعد في تقليلها أو إنقاذها مثل (اضطرابات التمثيل الغذائي).

المبادئ العامة في الوقاية من الإعاقة العقلية (أساليب الوقاية):

بالرغم من تعدد أسباب الإعاقة العقلية المعروفة حتى الآن فإن السبب الحقيقي الذي يسبب الإعاقة العقلية عند طفل معين قد يستحيل الكشف عنه بالضبط، ويعتقد بعض الأطباء أن الكشف عن السبب الحقيقي في معظم حالات الإعاقة العقلية يعتبر أمراً مستحيلاً. ولكن بالرغم من ذلك فإن معرفة السبب إذا أمكن هامة جداً لسببين أولهما: إن بعض حالات الإعاقة العقلية يمكن علاجها أو منعها من الحدوث إذا عرف ذلك السبب فإذا كان السبب مما يمكن معالجته كما هو الحال في نقص إفراز الغدة الدرقية أو حالة اختلاف دم الوالدين فيما يتعلق بالعامل الريزيسي (RH) أو حالة الفنلكتيون يوريا (PKU) أو غيرها من الحالات المعروفة فإنه يمكن معالجة هذه الحالات وإنهاء أو تجنب حالة الإعاقة العقلية عند الطفل كلياً.

أما السبب الثاني فيعود إلى أن إرشاد الوالدين فيما يتعلق بالعوامل الوراثية وهو ما يسمى بالإرشاد الجيني (Genetic Counseling) لا يمكن أن يقدم معلومات دقيقة إلى الوالدين أو أقارب الطفل المعاق إلا إذا أمكن التعرف على الأسباب الحقيقية لتلك الحالة بالذات. فإذا كانت الإعاقة العقلية مسبباً عن عوامل وراثية نتيجة خطأ في الانقسام أو زيادة أحد الكروموزومات كما هو الحال في حالة المنغولية أو بسبب العامل الريزيسي (RH) أو حالات اضطراب التمثيل الغذائي (Metabolic Disorders) فإن الأخطار التي يمكن أن يتعرض لها أطفال آخرون لنفس الأسرة وبسبب نفس العوامل الوراثية يمكن تقديرها تقديراً دقيقاً إلى حد ما.

أما إذا كان الاضطراب أو الإعاقة العقلية سببه الجينات الوراثية المتنحية (Recessive Genes) وكان كلاً الوالدين سوياً فإن فرص ولادة طفل آخر لهما وبنفس الإعاقة هي (1-4). وإذا كانت وراثة الإعاقة العقلية عن طريق الجينات السائدة (Genetic Counseling) وكان أحد الوالدين معاقاً عقلياً فإن فرص ولادة طفل معاق لهما تصبح (1-2). أما إذا كانت الإعاقة العقلية ناتجة عن خطأ في عدد الكروموزومات أو عطب أحد الكروموزومات فإن فرص ولادة طفل آخر بالإعاقة نفسها وللوالدين أنفسهما هي أقل بكثير بالرغم من أن هناك حالات نادرة وشاذة. وإذا كانت الإعاقة العقلية ناتجة عن تلف الدماغ بسبب الحصبة الألمانية عند الأم مثلاً أو بسبب اضطرابات التسمم العضوي (Organic Toxins) أو أي التهابات أخرى مما يمكن أن تكون الأم قد بنت لها مناعة كافية نتيجة إصابتها فإنه لن يكون هناك أي احتمال في أن يولد للأسرة نفسها طفل معاق عقلياً للسبب نفسه وذلك أن الأم في مثل هذه الحالات لن تتعرض للمرض نفسه مرة أخرى.

أما إذا كان تخلف الطفل يعود إلى إصابة الأم بمرض الزهري (Syphilis) أو نقص إفراز الغدة الدرقية، أو السكري أو غير ذلك من اضطرابات التمثيل الغذائي

فإن فرص ولادة أطفال آخرين للوالدين أنفسهما ستكون ممكنة إلا إذا تلقت الأم علاجاً فعالاً لمعالجة هذه الأمراض.

وفي حالة الإعاقة العقلية المسبب عن العامل الريزيسي (RH) فإن والدي الطفل المصاب بالإعاقة نتيجة هذا العامل يمكنهما أن يتوقعا أن تكون فرص ولادة طفل آخر لهما يحمل دمه هذا العامل (+RH)، ويكون معاقاً عقلياً أكبر وأسوأ من الطفل السابق. وبالطبع فإن هناك أساليب جديدة وفعالة جداً للوقاية من الإعاقة العقلية وغير ذلك من أشكال الإعاقة المسببة عن هذا العامل تتخلص في حقن الأم بحقنة من الأجسام المضادة للأجسام المضادة التي يبنيها دم جنينها والتي ستؤثر في الأطفال الذين ستحملهم مستقبلاً من ناحية أو في تغيير دم الطفل عند الولادة مباشرة من ناحية أخرى، أما حالات التسمم العضوي (Toxemial)، أو الاختناق أثناء الولادة أو صعوبات الولادة فإن فرص تكرارها في الولادات اللاحقة ليست كبيرة بالرغم من أنه يبدو أن بعض النساء يكن عرضة لهذه الاضطرابات أكثر من غيرهن.

هناك أساليب مختلفة للوقاية والعلاج والرعاية فالوقاية تكمن في علاج الحالات الناجمة عن خلل في الأسبوع الأول من حياة الطفل ولما كان هناك معامل ارتباط بين عمر الأم الزمني ونسبة إنجاب الأطفال المنغوليين، فإنه ينصح بأن ينجب الآباء والأمهات أطفالهم قبل سن (40) سنة للأم، ويتوقف ذلك على دور التثقيف الصحي، ونشر الوعي التربوي والتعليمي أو الثقافي، أما الحالات الناجمة عن التسمم فيمكن تلاشيها عن طريق التعليم الشعبي أو نشر الوعي والثقافة الشعبية وعن طريق التحكم في انتشار التلوث، كذلك هناك تعليم التعويضي ويستهدف الوقاية من نمو العجز أو النقص أو الخلل، وذلك العجز الذي يعوق التقدم التعليمي في الطفل العاجز، وهناك معاهد علمية تتولى هذا النوع من التعليم التعويضي، وتضع لذلك برامج تستهدف الوقاية من خطر الإعاقة العقلية، وخاصة التخلف الثقافي والأسري وبعض هذه المشروعات تختار الأطفال الذين يتخذون من آباء ضعاف العقول كأن لا تزيد نسبة ذكائهم عن(70) ويعطى للأطفال برامج

تدريسية للإثارة والحسية والتغذية تلك التي تقوي وتعزز الدافعية للتحصيل والإنجاز والاكتساب وتقوي القدرة على حل المشكلات وتعليم المهارات والعلاقات الشخصية المتبادلة. ويتقبل الأطفال هذا النشاط يوميا كذلك تتلقى الأمهات تدريباً في طرق فهم الطفل المعاق والتعامل وإياه والتفاهم معه في المنزل وطرق العناية الملائمة للطفل.

أما بالنسبة للوالدين ذوي الطفل المعاق عقلياً بسيطاً من النوع الذي يسمى بالتخلف العائلي (Familial Type) فإن التنبؤ بولادة طفل آخر لهما بنفس الإعاقة يكون أمراً صعباً جداً. فالكثير من أشكال الإعاقة البسيطة تكون نتيجة تفاعل عوامل الوراثة والحمل والتغذية والرعاية الصحية والظروف البيئية مما يجعل إمكانية فصل هذه العوامل وإرجاع الإعاقة إلى واحد منها عملية مستحيلة. فإذا تمكنا من تحسين شروط المعيشة للأسرة بتحسين التغذية والرعاية الصحية المناسبة فإن فرص ولادة طفل آخر معاق ستكون أقل بالرغم من أنه قد تكون من المستحيل القضاء على آثار سوء التغذية وسوء الحالة الصحية التي تكون الأم قد تعرضت لها طيلة حياتها. والواقع أنه لا يوجد في الوقت الحاضر طريقة نستطيع معها أن نحدد مدى مساهمة العوامل الوراثية في الإعاقة العقلية أو العائلي.

ولكن يمكن القول أنه إذا كانت الأسرة من مستوى اقتصادي واجتماعي فقير وكان لها طفل معاق عقلياً إعاقة بسيطة فإن احتمالات ولادة طفل آخر يحمل نفس الإعاقة هي أعلى بكثير من غيرها من الأسر.

هذا ويمكن التأكيد على عدد غير قليل من التدابير والإجراءات الوقائية التي تساهم، إذا ما اتبعت، لا في التقليل من حالات الإعاقة العقلية فحسب بل تساهم أيضاً في التقليل من الكثير من حالات الاضطراب والإعاقة الجسمية والحسية والعقلية التي يمكن أن تصيب الأطفال.

أساليب التنسيق فيما بين المؤسسات الاجتماعية والتربوية والصحية وتحقيق التكافل بينها في مجال الوقاية.

من المسلم به أن مشكلة الأطفال المعاقين هي مشكلة اجتماعية تربوية صحية، وبالتالي تدخل ضمن مسؤولية المؤسسات التالية:

1- الدولة وإداراتها.

2- البيئة أو المحيط.

3- الأسرة.

4- المؤسسات الصحية.

5- المؤسسات التربوية.

على أن اهتمام هذه المؤسسات بالأطفال المعاقين يبدو وكأنه في بدايته، وأن معظم هذه المؤسسات محدودة الفاعلية، محصورة في إطار خدماتها وإمكانياتها، حيرى نتيجة شعورها بالحداثة وعقدة النقص اتجاه منجزات الدول المتقدمة.

وكي تنطلق هذه المؤسسات في الوطن العربي. لا بد لها من أن تلتزم بأول أسلوب وبشكل من أشكال التنسيق (وهو الإقرار بأنه ليس بإمكان أي من هذه المؤسسات وحدها أن تتحمل قضايا الأطفال المعاقين)، وأن تكامل خدماتها يتطلب جهوداً مشتركة وتعاوناً وتعاضداً بينهما جميعاً.

إن منطلق التنسيق هو الإقرار بالتعاون، وهو في هذه الحال تعاون تكاملي من النوع الإيجابي، الذي يؤدي إلى ممارسة التنسيق فعلياً أو اعتباره واجباتها مجتمعة وواجب كل واحدة من هذه المؤسسات في آن معاً.

دور الأسرة في العملية الوقائية:

إن أفضل طريقة لمواجهة مشكلة الإعاقة، هي في منع حدوثها من الأساس. وذلك من خلال الوقاية منها، بتجنب الأسباب والعوامل المؤدية إلى حدوث الإعاقة والسعي لولادة كل طفل ولادة سليمة منذ البداية. ولو تساءلنا عن ردود

فعل الوالدين لدى إدراكهما لولادة طفل معاق في الأسرة، لوجدنا أن ولادة مثل هذا الطفل في الأسرة، مهما كانت درجة إعاقته أو نوعيتها، يؤثر تأثيراً سلبياً، اقتصادياً واجتماعياً ونفسياً على الأسرة بشكل عام، ويؤدي بالوالدين إلى الارتباك والحيرة والقلق، وإلى الشعور بالصدمة. وقد يضعون اللوم على الظروف، التي أدت إلى إعاقته، أو على أنفسهم. وكثيراً ما يشعرون بالخجل من مواجهة الناس بحقيقة إعاقة طفلهم، فيعملون على إخفائه، هذا غير القلق على مستقبله، وما يحدث له، ومن سيهتم به في المستقبل. وعلاوة على تأثيره على العلاقات الأسرية، وعلاقة الأسرة الاجتماعية مع المحيطين بها. غير أنهم سرعان ما يعترفون بالواقع، ويبدأون بالعمل على مواجهة المشكلة، من خلال البحث عن علاج لها، وإيجاد السبل والوسائل الكفيلة، بمساعدة طفلهم على النمو الأفضل، ضمن إمكاناته واستعداداته. ولكي يتجنب الآباء والأمهات مشكلة إنجاب أطفال معاقين، عليهم مراعاة ما يلي:-

1- التأكد من التاريخ الاجتماعي لسلالة كلا الزوجين، وخلوه من حالات الإعاقة، قبل أن يقررا الإنجاب.
2- يفضل استشارة الأخصائيين في الإرشاد الجيني، إذا تأكد الزوجان من وجود حالات من الإعاقة في سلالة أحدهما، أو الاثنين معاً، لنتعرف على الأسباب لضمان ولادة كل طفل سليم في المستقبل.
3- تحليل دم كل من الزوجين، والتأكد من أن دم الأم لا يحمل العامل (الرايزيسي –RH) وإذا حدث وثبت أن الأم تحمل هذا العامل، فمن الواجب حقنها بالحقنة المضادة بإشراف الطبيب.
4- تجنب الإنجاب إذا كان عمر الأم دون (16) عاماً وأكثر من (40) عاماً، ومن الأفضل إجراء فحص طبي، يقرر فيه الطبيب المختص، أن لا مانع من الإنجاب.
5- تجنب الحمل بعد الإجهاض مباشرة.
6- ترك فترة زمنية بين حمل وآخر، بحيث لا تقل الفترة بين نهاية الحمل وبداية الحمل الثاني عن سنتين على الأقل.

7- الامتناع عن الإجهاض المفتعل، باستعمال الأدوية والطرق الشعبية.

8- إن أخطار الولادات المبكرة والتشوهات الخلقية وعدم النضج تزداد مع زيادة الولادات المتتابعة للأم الواحدة وخاصة بعد الطفل الثالث. ويعود السبب في هذه الأخطار أحياناً إلى كبر عمر الأم أو قصر الفترة الزمنية بين الولادات أو شروط المعيشة.

9- يفضل تلقيح الأم ضد الحصبة الألمانية. بفترة شهرين قبل الحمل على الأقل.

10- خضوع الأم الحامل للإشراف الطبي، خلال أشهر الحمل، وتطبيق كافة التعليمات الطبية الصادرة عن طبيبها المختص.

11- يجب أن تحصل الأم الحامل على الغذاء الصحي، المتوازن، الغني بالبروتينات والفيتامينات والأملاح.

12- يجب أن تمتنع عن أخذ الأدوية أو الفيتامينات كيفياً، بل تفعل ذلك بأمر الطبيب.

13- الامتناع عن الإدمان على التدخين أو الكحول كلياً.

14- المحافظة على صحة الأم الحامل، وتجنب إصابتها بالأمراض الفيروسية، وفي حالة تعرضها لذلك، يجب أن تمتنع عن أخذ أي دواء إلا بأمر الطبيب.

15- إن الحالة النفسية للأم خلال مرحلة الحمل، تؤثر على النمو العقلي والجسمي للجنين، وتعتبر من العوامل المسببة لإعاقته. لذا يفضل مراعاة الحالة النفسية للأم الحامل، وتخفيف الضغوط النفسية عليها خلال مرحلة الحمل.

16- إن الدقائق والساعات الأولى من حياة الطفل بعد الولادة، مهمة جداً. إذ أن أي طارئ أو عارض صحي يحدث للوليد، قد يؤدي إلى إعاقته. لذا فمن الضروري أن يكون تحت إشراف وملاحظة طبية مركزة، وقاية له من التعرض لظروف صحية طارئة، قد تكون السبب المباشر أو غير المباشر لإعاقته.

17- إذا حدث وكان الوليد دون الوزن الطبيعي، الذي غالباً ما يؤدي إلى إعاقته، فمن الضروري أن يوضع في الحاضنة، ضماناً لسلامته، وهذا لا يتأتى إلا إذا تمت الولادة في المستشفى.

18- لقد ثبت أن الكثير من حالات الإعاقة، تحدث خلال الأثني عشر شهراً الأولى من حياة الطفل، لذلك يترتب على الأم الاهتمام بغذائه والعناية بصحته، ووقايته من الأمراض، وتطعيمه بكافة المطاعيم ضد الأمراض، التي قد تكون السبب المباشر لإعاقته.

19- إن الطفل خلال السنوات الخمس الأولى، يتعرض إلى الكثير من العوامل، التي قد تسبب إعاقته، وعلى الوالدين العمل على وقاية الطفل منها، لضمان حمايته من الإعاقة، ومن هذه العوامل:

1- الأمراض المختلفة التي يتعرض لها، ومنها التهاب السحايا، شلل الأطفال، الشلل الدماغي، الحمى القرمزية، الحصبة، السعال الديكي، النكاف، وغيرها من الأمراض.

2- السقوط على الرأس، أو على أحد أعضاء الجسم.

3- الحوادث المختلفة، كحوادث السير، والحروق، وغير ذلك.

4- استعمال القسوة والضرب في عقاب الطفل.

20- على الوالدين تنشئة الطفل تنشئة سليمة عقلياً ونفسياً وجسمياً، وتوفير العناية اللازمة له، باستغلال كافة الإمكانات المتوافرة لديهم.

21- إذا حدث وولد طفل معاق في الأسرة، فعلى الوالدين، تجنب إنجاب آخر، قبل التعرف على العوامل التي أدت إلى إعاقته. إذ قد يكون العامل وراثياً، مما يهيئ الفرصة لإنجاب طفل معاق آخر في الأسرة.

22- على الأم الحامل، أن تتجنب التعرض لأشعة اكس، خلال فترة الحمل، إذ قد يترتب على ذلك إعاقة الجنين.

23- إن إصابة الأم الحامل بفقر الدم، يعتبر من العوامل المهمة في إعاقة الجنين، أو التسبب في الولادة المبكرة، وولادة الوليد دون الوزن الطبيعي للطفل

الاعتيادي، كذلك يجب وقاية الأم الحامل، من خلال الاهتمام بغذائها وصحتها، لضمان سلامة الجنين، وعدم تعرضه للإعاقة.

24- الاكتشاف المبكر من قبل الوالدين للإعاقة عند أبنائهم، ومراجعة المؤسسات المختصة حال اكتشافهم للإعاقة ضروري جداً، لمعالجة العوامل المؤدية للإعاقة، إذا كانت قابلة للعلاج، أو التخفيف من حجم الإعاقة بقدر الإمكان.

25- إن اللحظة الأولى من حياة الجنين بعد الإخصاب، مهمة جداً، وتعتبر حاسمة في تحديد طريق نموه، وتتأثر بحالة الوالدين الصحية والنفسية، التي يكونان فيها لحظة الإخصاب فإذا كان أحدهما مصاباً بمرض حاد، أو مرض مزمن، أو في حالة تسمم كحولي، أو في حالة عصبية شديدة، فإن ذلك سيؤثر حتماً على نمو الجنين، ويؤدي ذلك إلى موته، أو إلى ظهور نقص فطري في النمو، وبخاصة في جهازه العصبي. أو قد يؤدي ذلك على الولادة المبكرة، فيكون الوليد دون الوزن الطبيعي، الذي هو من أسوأ العوامل المسببة للإعاقة العقلية.

26- إن الأشهر الثلاثة الأولى، من حياة الجنين بعد الإخصاب، تعتبر من أدق الشهور في حياة الجنين ونموه، لأنها تعتبر مرحلة التكوينات للأجهزة الأساسية، وتتأثر بالمؤثرات والعوامل المختلفة. إذ أن أي شذوذ في الكيان العضوي للأم في مرحلة حملها، تنعكس على نمو الجنين، وتؤدي في النهاية إلى نتائج وخيمة، تتمثل في إعاقته، بمختلف أنواع الإعاقات، سواء أكانت عقلية، أم جسمية، أم حسية.

27- على الأم الحامل تجنب تناول اللحوم غير المطبوخة جيداً والاقتراب من أو الاتصال مع القطط التي يمكن أن تكون مصدر لالتهابات التوكوبلاسموسيس، هذا المرض يعتبر مرضاً بسيطاً بالنسبة للبالغين لدرجة أنه يمكن أن يوجد عند كثير من الناس دون أن يكونوا على وعي بوجوده مع العلم إنه يمكن أن يسبب ظهور البثور الجلدية البسيطة والسعال وتورم

اللوزتين وأعراض أخرى أشبه بأعراض الرشح، ولكن إذا أصيبت الأم الحامل بهذا المرض فإن الجنين قد يصبح عرضه لهذا المرض مع أن الأم قد تشفى بسرعة.

28- على الأم الحامل التي لا تحمل العامل الرايزيسي (RH-) أن تتأكد من أن طبيبها يتخذ الإجراءات اللازمة لحماية جنينها وأطفالها مستقبلاً من أخطار هذا العامل، وخاصة أن الوقاية من هذا العامل أصبحت الآن مؤكدة وذلك بحقن الأم بحقنة تحتوي أجساماً مضادة للعامل الرايزيسي خلال (72) ساعد بعد ولادتها لطفل يحمل هذا العامل (RH+) وهو أيضاً يعطى في الأسبوع الثامن والعشرين من الحمل.

29- إن العبء الأكبر من المسؤولية نحو حياة الجنين ونموه، يقع على عاتق الأم الحامل، لتجنب ولادة أطفال معاقين، ولو تساءلنا السؤال التالي:- "ما هي العوامل المؤثرة على حياة الجنين ونموه، إضافة إلى ما سبق ذكره، وما هي العوامل التي على الأم الحامل أن تتجنبها؟..".

والجواب: إن من أهم ما يجب أن تتجنبه الأم، حفاظاً على جنينها هو ما يلي:-

1- مراجعة الطبيب المختص حال شعورها بالحمل.

2- تجنب الإصابة بالبرد والانفلونزا.

3- تجنب الأماكن المزدحمة، لتجنب الإصابة بالأمراض المعدية.

4- تجنب العمل الجسمي المجهد، أو الجهد العقلي المضني.

5- تهوية الغرفة التي تعيش فيها الأم الحامل، إذ أن النقص في الأوكسجين الذي تتعرض له الحامل، نتيجة وجودها في غرف قليلة التهوية تؤدي إلى عواقب وخيمة، تؤثر على نمو الجنين أو تؤدي إلى موته.

6- تجنب الاختلاط بأطفالها، إذا أصيب أحدهم بمرض معد، كالنكاف، أو الحمى القرمزية، أو الجدري، وبخاصة: (الحصبة الألمانية)، وعليها مراجعة الطبيب المختص حالاً.

7- تجنب الإفراط في الطعام، وما نعني به الاهتمام بتغذية الحامل ليس كثرة الطعام، بل نوعيته، إذ أن غذاء الأم الحامل، يجب أن يحتوي على العناصر التالية:-

1- البروتينات، وتحصل عليها من اللحوم والأسماك والألبان، والبروتين لازم لبناء خلايا الجسم للجنين بشكل عام، والخلايا العصبية بشكل خاص.

2- الفيتامينات: وتحصل عليها من الفواكه والخضار، وأهميتها بالنسبة للجنين، إنها تزوده بمقومات الوقاية، من كثير من الأمراض، التي قد يتعرض لها.

3- الخبز والنشويات: كالرز والبطاطا، وفائدتها توليد الوحدات الحرارية اللازمة للجنين، غير أنه على الأم الحامل، عدم الإكثار والإسراف منها.

30- تجنب تناول الأدوية مهما كانت الظروف، إلا بأمر وإشراف الطبيب. ومن أخطر الأدوية التي يجب أن تمتنع الأم الحامل عن أخذها لما تتركه من آثار على الجنين، ما يلي:-

1- الأدوية المهدئة للأعصاب بكافة أنواعها.

2- الكورتزون بجميع أنواعه، وقد يسبب ثقوبا في سقف الحلق والشفة، وتشويها في القسم الخارجي من الأذن.

3- أدوية السكري.

4- الهرمونات الذكرية الاندروجين، لأنها تسبب اضطرابات في الأجهزة التناسلية للجنين.

5- أدوية الغدة الدرقية الليتروسكين، أو مضاداته، لأنه يؤثر على حجم الجنين ووزنه.

6- أدوية الالتهابات (تتراسيكلين)، وهو يسبب اصفرار وتآكل أسنان الطفل.

7- السلفا، وهو يزيد المادة الصفراء في الدم.

8- ستروبتوليسين – ويسبب اضطراباً في السمع.

9- الأشعة بجميع أنواعها، خصوصاً أشع أكس، لأنها تسبب تشوها في النظر، أو القلب، أو الأطراف، أو إعاقة عقلية وجسدية.

10- التخدير، وحتى القليل منه، المستعمل في طب الأسنان، من الأفضل تجنبه طيلة مدة الحمل.

31- على الأم فحص الدم عند بداية الحمل، وفي الأشهر الثلاث الأخيرة منه، لتجنب ضعف الدم، ومعرفة فئة الدم.

32- إن فحص البول مهم جداً، في بداية الحمل، وفي كل شهر بشكل مستمر ومنتظم.

33- على الأم الحامل التأكد من ضغط الدم، إذ أن ارتفاعه قد يؤدي إلى الإجهاض، أو تشويه الجنين، وخصوصاً في الأشهر الأخيرة من الحمل.

34- مراقبة الوزن من قبل الأم ضروري جداً، وعليها مراجعة الطبيب المختص، لدى ملاحظتها الإفراط في زيادة وزنها، لتجنب الأسباب المؤدية إلى ذلك.

35- يجب على الأم مراجعة الطبيب المختص، لإجراء الفحوص اللازمة، والتأكد من وضع الرحم، ووضع الجنين، للتأكد من سلامتها، وسلامة الجنين من أي عارض، خلال عملية الولادة.

36- تنمية المناطق المختلفة ثقافياً واجتماعياً واقتصادياً حتى لا تكون مناطق تفريخ للمعاقين عقلياً.

الاتجاهات نحو الإعاقة العقلية:

حينما نتحدث عن اتجاهات الآخرين نحو الإعاقة العقلية أو نحو الأطفال المعاقين عقلياً فإنما نهتم بمواقف عدد من الأطراف نحو الطفل المعاق والطريقة التي ينظر بها هؤلاء لهذا الطفل، هذه الأطراف تشمل مجموعات بشرية بعضها يتصل بالطفل بشكل مباشر مستمر وبعضها يتصل به بشكل غير مباشر وقليل. وتأتي أهمية الحديث عن اتجاهات هؤلاء نحو الطفل المعاق عقلياً من حيث أن هذه الاتجاهات أو

المواقف التي يتخذونها من الطفل المعاق إنما تنعكس على سلوكهم نحوه ومعاملتهم له وتؤثر بالتالي في نموه وتطوره. فالاتجاهات إنما يعمل كما يرى أوسجود (Osgood) ورفاقه كمقدمات أو أسس السلوك (Osgood, et, al, 1957) ويعرف **البورت (Allport)** الاتجاه بأنه "حالة من الاستعداد أو التأهب العصبي والنفسي تنتظم من خلال خبرة الشخص وتكون ذات تأثير توجيهي أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواقف التي تثير هذه الاستجابة" أما سارتين **(Sartain)** فيرى إن الاتجاه إنما هو نزعة الفرد أو ميله للاستجابة سلبياً أو إيجابياً في نظرته إلى موضوع ما. وبهذا المعنى للاتجاه فإن نظرة الناس إلى الطفل المعاق سلباً كانت أو إيجاباً ستكون مقدمة لتشكيل أنماط استجاباتهم السلوكية نحو هذا الطفل وسيكون لها بالتأكيد أثرها في نموه وتطوره كما سيكون لها أثرها في نظرته لنفسه وثقته بذاته.

سنهتم هنا بدراسة اتجاهات الأطراف والفئات التالية نحو الأطفال المعاقين عقلياً:-

1- اتجاهات الناس بشكل عام.
2- اتجاهات المعلمين والمهنيين العاملين مع المعاقين عقلياً.
3- اتجاهات الرفاق.
4- اتجاهات الأطفال المعاقين نحو أنفسهم.
5- اتجاهات الوالدين.

أولاً: اتجاهات الناس عامة نحو المعاقين عقلياً:

إن استعمال عبارة (معاق عقلياً) لوصف جميع حالات الإعاقة العقلية التي تعاني من تدني مستوى القدرة العقلية سواء كانت أسبابها بيولوجية أو اجتماعية أو سيكولوجية يشكل مصدراً للخطأ والارتباك في اتجاهات الناس عامة نحو المعاقين. فعبارة (معاق عقلياً) تعتبر في أذهان الناس صورة تشير على وجود إعاقات متعددة بالإضافة إلى الإعاقة العقلية يرافقها نوع من الوصمة والعار. وعادة ما يميل الناس إلى إطلاق هذه الصورة أو المفهوم العام على جميع أشكال الإعاقة

العقلية ومستوياتها وذلك لأنهم يميلون إلى التفكير، كما يرى زيجلر (Zigler, 1970) بمفهوم الإنسان النموذج (The Model Man). فهم يميلون إلى النظر إلى كل الأفراد الذين يشتركون في بعض الخصائص والصفات على أنهم متطابقون بشكل عام. ولذلك نجدهم في حالة الإعاقة العقلية ينظرون إلى الأشخاص المعاقين الذين تظهر لديهم بعض الاضطرابات الجسمية سواء كانت إعاقتهم شديدة أو متوسطة نظرة وصمة عار، بالإضافة إلى أن توقعاتهم حول ما يمكن أن يقوم به هؤلاء تميل إلى التدني بالرغم من أن الغالبية العظمى من المعاقين عقلياً لا تظهر لديهم علامات جسمية واضحة تشير إلى حالتهم.

هذا بالإضافة إلى مصدر آخر للخطأ في اتجاهات الناس نحو المعاقين عقلياً ألا وهو إمكانيات استعمال التسميات المختلفة للدلالة على المفاهيم والحالات التي لا يميز الناس العاديين بينها، وخاصة حين نأتي إلى مفهوم المرض العقلي أو النفسي حيث نجد أن الكثير يخلطون بين مفهوم الإعاقة العقلية والمرض العقلي مما يساهم في زيادة السلبية في اتجاهات الناس نحو المعاقين عقلياً وذلك لأنهم يميلون إلى تعميم الخصائص المعروفة عن المرضى العقليين على المعاقين عقلياً. وبالمقارنة بين اتجاهات الناس نحو المعاقين عقلياً واتجاهاتهم نحو بطيئي التعلم أو المتخلفين دراسياً فإن اتجاهات الناس العاديين نحو المعاقين عقلياً تعتبر أكثر سلبية.

والواقع أن أحداً لا يجادل في أن اتجاهات الناس العاديين بشكل عام نحو المعاقين إنما تميل إلى السلبية إلى حد كبير، أما إذا كانت هذه الاتجاهات ستتغير نتيجة معرفتهم لحقيقة مفاهيمهم عن الإعاقة وإلى أي حد ستؤثر هذه الاتجاهات السلبية على الأطفال المعاقين أنفسهم فلا تزال هناك أسئلة تحتاج إلى مزيد من البحث والدراسة.

هذا وقد أشار جوتليب (Gottlieb, 1974) إلى أن عامة الناس يحملون مفاهيم خاطئة متعددة فيما يتعلق بالإعاقة العقلية تشمل هذه المفاهيم الخاطئة مفهوم أن الإعاقة العقلية هي مرض وإن أفضل الحلول لهذا المرض هو التخدير بالإضافة إلى أن مفهوم الإعاقة العقلية يحمل معه معنى الإعاقة الجسمية والتدني الشديد في القدرة العقلية. ويشير بيلينكوف (Belinkoff, 1960) إلى وصف حالة التردد التي تظهر عند

الوالدين وامتناعهم حتى عن فكرة مناقشة تسجيل أبنائهم المعاقين في برامج خاصة باسم برامج الأطفال المعاقين عقلياً في حين أصبح الوالدان أكثر رغبة في مناقشة ذلك حين أطلق على البرنامج اسم مشروع التربية الخاصة.

أما فيما يتعلق بالعوامل التي تؤثر في اتجاهات الناس عامة وفي تكيف أخوة المعاق نحو المعاق عقلياً أو خصائص الأفراد الذين يبدون اتجاهات إيجابية أو سلبية نحو الإعاقة العقلية فقد نالت عوامل العمر والمستوى الثقافي والتعليمي والمستوى الاجتماعي ومدى تفاعل الأفراد واتصالهم مع المعاقين وحجم الأسرة، وترتيب الميلاد والجنس، ونوع الإعاقة وشدتها، وعدد الأخوة العاديين حظا لا بأس به من الاهتمام والدراسة. هذا ويمكن تلخيص هذه الدراسات بما يلي:-

1- تعبر النساء عن اتجاهات أكثر تفضيلاً نحو المعاقين عقلياً مما يعبر عنه الرجال.

2- يعبر الأفراد الأصغر سناً عن اتجاهات إيجابية نحو المعاقين عقلياً أكثر مما يعبر عنه الأفراد الأكبر سناً.

3- فيما يتعلق بعامل المستوى الثقافي فإن نتائج الدراسات لم تكن متفقة فيما بينها. ففي حين دلت بعض الدراسات على زيادة الاتجاهات الإيجابية عند الأفراد الأكثر تعلماً، فقد دلت دراسات أخرى على عكس ذلك تماما أي أن الناس الأقل تعلماً أظهروا إيجابية أكثر نحو الإعاقة العقلية.

4- تشير معظم الدراسات إلى أن أبناء الطبقات الفقيرة يعبرون عن اتجاهات أكثر إيجابية نحو المعاقين عقلياً من أبناء الطبقات المتوسطة أو الغنية في حين تشير بعض الدراسات الأخرى إلى عدم وجود فروق في اتجاهات أبناء الطبقات المختلفة نحو الإعاقة العقلية.

5- أما فيما يتعلق بمدى تفاعل الأفراد واتصالهم بالمعاقين عقلياً فقد دلت الدراسات أن هذا الاتصال لا يحسن من اتجاهاتهم نحو المعاقين عقلياً، بل دلت دراسة فيلبس (Phelps, 1965) على أنه كلما زادت خبرة موظفي الاستخدام وتعاملهم مع المستخدمين المعاق عقلياً كانوا أقل ميلاً لتشغيل أفراد معاقين آخرين.

ثانياً: اتجاهات المعلمين والمهنيين العاملين مع المعاقين عقلياً:

على عكس الفريق الذي يعمل مع الأطفال العاديين في المدارس العادية والذي قد يقتصر في كثير من الحالات على الجهاز الإداري والمعلمين وأحياناً المرشد النفسي والتربوي فإن الفريق الذي يعمل مع الأطفال المعاقين عقلياً في مدارس التربية الخاصة أم في المؤسسات الخاصة بالعناية بالمعاقين عقلياً، يشكل مجموعة كبيرة من المهنيين الذين يتصلون ويعملون مع الطفل المعاق ويتفاعلون معه بدرجات متفاوتة. يشمل هذا الفريق على سبيل المثال أطباء الأطفال ومعلمي التربية الخاصة والأخصائي الاجتماعي، والممرضين وأخصائي التأهيل المهني، وأخصائي التدريب والتشغيل... الخ.

أما الفئة التي نالت الحظ الأوفر من الدراسة فيما يتعلق باتجاهاتها نحو الأطفال المعاقين فهي فئة المعلمين. ولهذا فإن حديثنا سينصب في معظمه على اتجاهات المعلمين نحو الأطفال المعاقين عقلياً.

اتخذت دراسة اتجهات المعلمين نحو الأطفال المعاقين عقلياً اهتماماً خاصاً على أثر الدراسة التي قام بها كل من روزنثال وجيكبسون (Rosenthal and Jacobson, 1968) فيما يتعلق بأثر توقعات المعلمين في تحصيل الأطفال المعاقين. فقد دلت تلك الدراسة على أن توقعات المعلمين الإيجابية فيما يتعلق بما يمكن أن يقوم به الأطفال المعاقون ترتبط ارتباطاً إيجابياً بتحصيل هؤلاء الأطفال في حين أن توقعات المعلمين السلبية تقلل من تحصيل هؤلاء الأطفال. وقد يفسر ذلك بأن اتجاهات المعلمين هذه قد تؤثر وتنتقل إلى الأطفال المعاقين أنفسهم من جهة أو إلى رفاقهم من جهة ثانية مما يؤثر على وضع الطفل الاجتماعي من ناحية وعلى أدائه من ناحية أخرى.

أما النتائج العامة التي يمكن استخلاصها من الدراسات التي تناولت اتجاهات المعلمين نحو الأطفال المعاقين عقلياً فيمكن تلخيصها بما يلي:-

1- إن المعلمين بشكل عام يفضلون تعليم الأطفال الموهوبين على تعليم الأطفال المعاقين.

2- إن اتجاهات المعلمين المتدربين نحو الأطفال المعاقين عقلياً من المستوى الاجتماعي الاقتصادي العالي أكثر إيجابية من اتجاهاتهم نحو الأطفال المعاقين من أبناء الطبقات الفقيرة.

3- إن المعلمين المتدربين في ميدان التربية الخاصة ينظرون إلى المعاقين عقلياً نظرة أكثر إيجابية من زملائهم المتدربين في ميدان التعليم العام.

4- إن معلمي التربية الخاصة أكثر رغبة في تقليل البعد الاجتماعي أو الفوارق الاجتماعية بينهم وبين الأطفال المعاقين عقلياً. كما أنهم أكثر إيجابية فيما يتعلق بحقوق الأطفال المتخلفين من زملائهم معلمي التعليم العام.

5- إن معلمي التربية الخاصة بالإضافة إلى تأكيدهم على تكيف الطفل النفسي والاجتماعي يميلون إلى تقليل متطلباتهم من الأطفال المعاقين عقلياً عن غيرهم من الأطفال العاديين مما لا يتوافر لدى زملائهم من معلمي التعليم العام.

6- إن الطفل المعاق عقلياً إعاقة شديدة هو أقل فئات الإعاقة تفضيلاً لدى جميع الفئات المهنية العاملة مع المعاقين بما في ذلك المعلمون.

7- أن اتجاهات المعلمين وغيرهم من المهنيين العاملين مع الأطفال المعاقين عقلياً تؤثر حتماً في أداء هؤلاء الأطفال.

8- تعتبر اتجاهات أطباء الأطفال نحو الطفل المعاق هامة جداً وخاصة بالنسبة للوالدين، ذلك أن هؤلاء الأطباء غالباً ما يكونون هم أول من يتعرف على حالة الطفل المعاق عقلياً وينقلون تلك المعرفة إلى الوالدين.

ثالثاً: اتجاهات الرفاق نحو الأطفال المعاقين عقلياً:

إن معظم الأبحاث التي تناولت موضوع اتجاهات الرفاق نحو الأطفال المعاقين عقلياً جاءت من الدراسات السوسيومترية (قياس البعد الاجتماعي) للأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة في المدارس العادية، وقد تناولت معظم الدراسات بشكل

خاص العلاقة بين طبيعة الأوضاع الصفية التي تحتوي على المعاقين عقلياً وتقبل الأطفال العاديين لهم.

هذا ويمكن تلخيص نتائج الدراسات المتعلقة باتجاهات الرفاق نحو الأطفال المعاقين عقلياً بما يلي:-

1- إن المكانة الاجتماعية التي يتمتع بها الأطفال ذوو الذكاء المنخفض أقل من تلك التي يتمتع بها الأطفال الأكثر ذكاء عندما تكون كلتا المجموعتين في صفوف عادية. وقد فسر ذلك بأن رفض الأطفال العاديين للأطفال المعاقين عقلياً لا يعود إلى انخفاض مستوى ذكاء هؤلاء وإنما يعود إلى ما يظهر لدى الأطفال المعاقين عقلياً من أشكال السلوك غير المرغوب فيه.

2- إن تقدير طلبة صفوف التربية الخاصة لرفاقهم المعاقين عقلياً أعلى من تقدير طلبة الصفوف العادية لرفاقهم المعاقين عقلياً الموجودين معهم في هذه الصفوف. وقد يعود تفسير هذا الفرق إلى اختلاف المعايير الموجودة بين هاتين المجموعتين من الطلبة في تقدير واختيار الرفاق مما يجعل الفروق بين الأطفال في صفوف التربية الخاصة أقل منها في الصفوف العادية. وهذا ما يقلل من تقدير الطلبة العاديين لرفاقهم المعاقين عقلياً في الصفوف العادية بينما يجعل تقدير أطفال صفوف التربية الخاصة لرفاقهم المعاقين عقلياً تقديراً إيجابياً وعالياً.

3- عند محاولة وضع الأطفال المعاقين عقلياً ودمجهم في صفوف الأطفال العاديين فقد وجد أن اتجاهات الأطفال العاديين نحو رفاقهم المعاقين لم تتغير في اتجاه إيجابي بل تبين أن هذا الدمج قد زاد رفض هؤلاء الأطفال لرفاقهم المعاقين.

4- بغض النظر عن وجود الأطفال المعاقين عقلياً في صفوف التربية الخاصة أو في الصفوف العادية في المدرسة فقد وجد بشكل عام أن هؤلاء الأطفال المعاقين يعانون من الرفض الاجتماعي وعدم التقبل من رفاق الحي العاديين وإن كانوا من نفس المستوى الاجتماعي.

5- إنه بغض النظر عن الأسلوب الذي يتبع في وضع الأطفال المعاقين عقلياً، سواء أكانوا في مدارس خاصة أم مؤسسات للرعاية أم صفوف خاصة في المدارس العادية أم في الصفوف العادية مع غيرهم من الأطفال العاديين فإن ذلك لا يؤثر على النتيجة العامة وهي أن هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً لا يتمتعون بالتقبل الإيجابي بالقدر الذي يتمتع به رفاقهم الأسوياء. وقد وجد أن العامل الوحيد الذي يؤثر في قبول أو رفض الأطفال العاديين لرفاقهم المعاقين عقلياً هو عامل المستوى الاجتماعي لكل منهما، حيث دلت بعض الدراسات أن الأطفال العاديين من أبناء الطبقة الاجتماعية الفقيرة يبدون لرفاقهم المعاقين تقبلاً أكبر مما يبديه أبناء الطبقات الاجتماعية المتوسطة أو الغنية. هذا ويجب أن تفهم هذه الملاحظة على أساس من احتمالين: الأول هو أن الأطفال العاديين من أبناء الطبقة الفقيرة هم بالفعل أكثر تقبلاً لرفاقهم المعاقين، والثاني هو أن سلوك الأطفال المعاقين الاجتماعي في الطبقات الفقيرة قد يبدو أقل انحرافاً عن سلوك الأطفال العاديين من أبناء هذه الطبقات مما يجعلهم يبدون نحوهم تقبلاً أكبر.

رابعا: اتجاهات الأطفال المعاقين عقلياً نحو أنفسهم:

كما أن لاتجاهات الفئات المختلفة نحو الطفل المعاق تأثيراً في سلوكها نحوه من جهة وفي نموه وتطوره من ناحية ثانية فإن نظرة الطفل المعاق إلى ذاته أو مفهومه عن ذاته تلعب دوراً هاماً أيضاً في نموه وتطوره إلى حد كبير. ومن هنا تأتي أهمية البحث في مفهوم الطفل المعاق عن ذاته والعوامل التي يمكن أن تكون لها علاقة بذلك. ويمكن تلخيص نتائج الدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع مفهوم الذات عند الطفل المعاق ونظرته لذاته فيما يلي:

1- إن مفهوم الذات عند الأطفال المعاقين أقل واقعية منه عند الأطفال الذين يتمتعون بذكاء سواء كان متوسطاً أم عالياً.

2- إن الأطفال المعاقين لا يظهرون اتجاهات ثابتة نحو أنفسهم بل أن نظرتهم لأنفسهم تختلف باختلاف الأوضاع والظروف التي يكونون فيها كالمدرسة أو

ساحة اللعب أو البيت... الخ. ويبدو أن اتجاهات العاملين في المؤسسات مع الأطفال المعاقين عقلياً نحو هؤلاء الأطفال أيضاً تتأثر بالظروف والأوضاع التي يكون فيها هؤلاء الأطفال كما هي الحال في اتجاهات الأطفال نحو أنفسهم والتي تبدو وكأنها نتيجة النشاط الذي يجدون أنفسهم يقومون به.

3- إن المعاقين القابلين للتعلم الموجودين في صفوف التربية الخاصة يحملون مفهوما للذات أضعف من أمثالهم من الذين يذهبون إلى صفوف عادية.

4- إن المكانة الاجتماعية للطفل بين أقرانه ليست مرتبطة بمفهومه عن ذاته مما يشير إلى أن استجابات الأطفال المعاقين عقلياً فيما يتعلق بمفهومهم عن ذاتهم لا تتأثر بالمثيرات الاجتماعية الآتية من الرفاق. وبمعنى آخر فإن الرفاق ليست لهم تأثير يذكر على مفهوم الطفل المعاق لذاته بغض النظر عن المكانة الاجتماعية التي يضعونه فيها.

مدى احترام المعاق عقلياً لذاته:

كيف يمكن للشخص المعاق عقلياً أن ينمي في نفسه اتجاهاً إيجابياً حول نفسه أو ذاته؟ هذا الاتجاه لاشك يتأثر بعلاقة المعاق عقلياً بجماعة الأقران أو الأنداد وعلاقته بأفراد أسرته، بالنسبة لأرباب المعاق البسيط والمتوسط، فإن سنوات المدرسة وما قد يوجد فيها من خبرات الفشل والإحباط، وما يلقاه من إغاظة قاسية من جانب الزملاء، كل هذا يسقط آثاراً مدمرة على احترامه لذاته.

هناك اتجاه عام أو نزعه عامة عند الآباء لاعتبار أبنائهم امتداداً طبيعياً لهم، فإذا كان الولد ناجحاً شعر الآباء باحترام الذات، أما إذا كان الولد فاشلاً، فيشعر الآباء بأن أبنائهم انعكاساً سلبياً لذاتهم أو تعبيراً سلبياً عن ذاتهم أو تمثيلاً غير مؤات لذاتهم، وعلى ذلك يشعرون بالعار والعداوة والذنب، وهذا كله يؤدي إلى انخفاض احترام الطفل لذاته.

بالنسبة لبعض الآباء، فإن الألم النفسي الذي يشعرون به يكون فوق طاقة الاحتمال، ويحاولون إنكار حقيقة امتلاك طفل معاق، وقد ينتهجون مناهج غير

تربوية مثل فرض الحماية الزائدة على الطفل أو الإنكار أو النبذ، وعندما يحدث ذلك، فإن الطفل يشعر إنه ليس محبوباً، وقد يحاول الطفل الحصول على القبول، والموافقة وقد يصبح شديد الحساسية للنقد. الحماية الزائدة الظاهرية قد تعكس شعوراً خفياً بالنبذ، حيث يمثل الإنسان في بعض المواقف، إلى إظهار خلافاً لما يبطن، فالأب الذي ينبذ ابنه يتظاهر بحمايته أكثر من اللزوم، وهذه حيلة دفاعية لاشعورية تعرف باسم العكسية وقد يتذبذب الآباء حيال أطفالهم، وقد يبالغ الآباء في تقدير السمات أو القدرات التي يفتقدها الطفل، مثل هؤلاء الآباء يعملون على زيادة مشاكل الطفل.

ومن هنا تبدو أهمية توفير الإرشاد الأسري، هذا الإرشاد ما يزال في حاجة إلى التدعيم والتعزيز، وذلك لأن معاناة الطفل من المشاكل الشخصية على هذا النحو تؤدي إلى إعاقة قدرة الطفل على التكيف والتعامل مع الكبار تعاملاً إيجابياً.

خامسا: اتجاهات والدي الأطفال المعاقين عقلياً نحو أطفالهم المعاقين:

من أهم الفئات التي تؤثر اتجاهاتها في الأطفال المعاقين عقلياً وتنعكس على سلوكهم وأدائهم في مختلف المجالات، هي الوالدان، وقد وجد أن اتجاهات الوالدين بالإضافة إلى المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي لهما تلعب في تقرير إرسال الطفل إلى مؤسسة خاصة دوراً أكبر من طبيعة إعاقة الطفل أو مشكلاته السلوكية. كذلك وجد أن تحصيل المعاق في القراءة العلاجية مثلاً يرتبط ارتباطاً إيجابياً باتجاهات والدته نحوه. ويبدو إنه بالرغم من تعدد التقارير التي ناقشت تقبل أو رفض الوالدين لطفلهم المعاق، إلا أن معظم هذه التقارير قد جاءت على شكل دراسات لحالات فردية نابعة من خبرات العاملين مع المعاقين، وتعكس تقييمهم لمشاعر الوالدين وسلوكهم نحو طفلهم المعاق. ومن الأطر المرجعية النظرية التي تناولت موضوع اتجاهات الوالدين نحو طفلهم المعاق نظرية فستنجر (Festinger) المعروفة باسم (Cognitive Dissonance Theory) والتي تفترض أن تعامل الفرد المستمر مع موضوع ما حتى ولو لم يكن مرغوباً في البداية، يجعل هذا الموضوع

يكتسب قيمة في حد ذاته. ويمكن تطبيق هذا المبدأ هنا على الوالدين الذين يبدون اهتماماً كبيراً ويبذلون جهداً في العناية بطفلهم المعاق، سيكون تقييمهم لطفلهم هذا تقييماً مرتفعاً.

وهناك إطار مرجعي آخر ينطوي على مفهوم الدور، حيث يشير تيزارد وجراد (Tizard & Grad, 1961) إلى أن الطفل المعاق في كثير من الأسر يلعب دوراً مهماً، قد يأخذ شكل رفيق الأم التي تقدمت قليلاً في السن. ومن هنا يكتسب هذا الطفل قيمته لدى الأسرة.

أما الدراسات التجريبية التي تناولت اتجاهات الوالدين نحو طفلهم المعوق بشكل عام أو المعاق عقلياً بشكل خاص، فقد اهتمت بعدد غير قليل من العوامل التي تؤثر في هذه الاتجاهات، كجنس الوالدين والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة، وطبيعة إعاقة الطفل، والقيم التي تتبناها الأسرة... الخ.

ففي دراسة أجراها فريدريكس (Fredericks, 1957) لتقييم ردود أفعال الوالدين نحو الأطفال المعاقين عقلياً، وجد أن ردود الأفعال كانت أقل تقبلاً من ردود أفعال الوالدين لأطفالهم المعاقين جسدياً أو غير المعاقين، عندما قيست اتجاهات الوالدين بواسطة مقياس شوبن لاتجاهات الوالدين (Shoben's Parent Attitude Survey). وحين قارن فريدريكس بين ردود أفعال أمهات الأطفال المعاقين عقلياً، وأمهات الأطفال المعاقين جسمياً، وأمهات الأطفال الأسوياء من نفس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، وجد أن أكبر فرق بين المجموعات الثلاث كان على مقاييس التجاهل والرفض والسيطرة، حيث كانت أمهات المعاقين عقلياً أقل تقبلاً لأطفالهن، وأكثر سيطرة.

وفي دراسة قامت بها وشتر (Waechter, 1970) لمعرفة ردود أفعال الوالدين نحو ولادة طفل معاق فقد وجدت أن أكثر ما يميز أفعال الوالدين، مشاعر القلق والشعور بالذنب والغضب والرفض والخجل والانسحاب.

أما ورشل وورشل (Worchel & Worchel, 1961) فقد قارنا بين ردود أفعال الوالدين نحو أطفالهم المعاقين وأبنائهم الأسوياء ومعظم الأطفال الآخرين

والطفل المثالي، وذلك على أساسا قائمة من (40) سمة، وقد كانت نتيجة هذه الدراسة أن تقبل الوالدين للطفل المعاق كان أقل من تقبلهم للطفل المثالي، أو لأطفالهم العاديين غير المعاقين. أما فيما يتعلق بتقبل الوالدين لمعظم الأطفال. فقد وجد أن هناك فرقاً بسيطاً في تقبل الوالدين، وذلك لصالح طفلهم المعاق.

أما جلوبانوف (Klobanoff, 1957) فقد قارن بين اتجاهات (15) أما لأطفال مصابين و (26) أما الأطفال عاديين و (15) أما لأطفال معاقين عقلياً، مستخدماً مقياس (PART) الذي طوره شيفر وبل (Schaoffer & Bell, 1958) وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أنه لا يوجد فرق بين اتجاهات أمهات الأطفال المصابين وأمهات الأطفال المعاقين عقلياً، في حين أن تلك النتائج قد أظهرت فروقاً بين أمهات الأطفال العاديين، وأمهات الأطفال المصابين وأمهات الأطفال المعاقين عقلياً فيما يتعلق بالحماية الزائدة.

وقد أجرى إيانو (Iano, 1970) دراسة على شكل مقابلات مع والدي الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، وذلك لمعرفة العلاقة بين مستوى الطبقة الاجتماعية التي ينتمون إليها، وبين تقديرهم لأطفالهم المعاقين عقلياً. وقد وجد في نتيجة هذه الدراسة أن مستوى الطبقة الاجتماعية يرتبط بتقييم الوالدين لأطفالهم. حيث وجد أن تقدير الوالدين الذين ينتمون إلى الطبقة الاجتماعية العليا لأطفالهم المعاقين عقلياً كان تقديراً سلبياً، في حين أن تقدير الوالدين من الطبقة الاجتماعية الدنيا كان تقديراً إيجابياً، حيث أعتقد هؤلاء أن أطفالهم المعاقين مؤهلين ولديهم شيء من الكفاءة. هذا وقد وجد إيانو (Iano) أيضاً أن اتجاهات الوالدين نحو البرامج الخاصة لأطفالهم، والإدراك الذاتي للطفل المعاق القادر على التكلم، يمكن أن يرتبط بمستوى الطبقة الاجتماعية للوالدين.

هذا وقد أظهرت دراسة جوماز وجوبرام (Gumz & Cubrum, 1972) التي قارنت بين آباء وأمهات الأطفال المعاقين عقلياً، أن هناك ميلاً عند الآباء لفهم أطفالهم بشكل واقعي ومفيد في حين أن الأمهات يملن إلى التعبير عن مشاعر الحزن والشفقة نحو الطفل المعاق أكثر من الآباء.

أما سكلتون (Skelton 1972) فقد أجرى دراسة شملت آباء وأمهات (90) طفلاً وضعوا في مؤسسات خاصة بالمعاقين عقلياً، ومجموعة أخرى من آباء وأمهات أطفال معاقين عقلياً، احتفظ بهم في المنزل، وكان عددهم (38) طفلاً. حين طلب منهم التعبير عن اهتماماتهم الأولية المتعلقة بأطفالهم، عبر الوالدين الذين احتفظوا بأطفالهم في المنزل عن اهتمامهم بسعادة الطفل المعاق.

أما دراسة سان مارتن ونيمان (San Martion & Neman, 1974) فقد أشارت إلى العوامل التي قد تكون مسؤولة عن المشاكل العاطفية داخل الأسرة، والتي قد تؤدي بأخوة وأخوات الطفل المعاق عقلياً إلى عيادات الطب النفسي. هذه العوامل هي اهتمام الوالدين الزائد بالطفل المعاق عقلياً على حساب اخوته الآخرين، تعريف الأخوة والأخوات بسلوك الطفل المعاق عقلياً، وقلق الوالدين حول معنى الإعاقة العقلية وعلاقة ذلك بالأطفال العاديين. كما أشارت هذه الدراسة إلى أهمية تأثير عقدة الذنب للاشعورية عند الوالدين، وتحميل الأخوة والأخوات المسؤولية مما يخلق لدى الطفل العادي إحساساً بالذنب قد يؤدي إلى عدم الطاعة والاتجاه نحو لوم الذات أو الهجوم على الآخرين.

الوحدة السادسة

رعاية وعلاج الإعاقة العقلية

إطار تاريخي لجهود تربية المعاقين عقلياً

رعاية وعلاج الإعاقة العقلية

أهمية الرعاية والعلاج

أثر الإعاقة العقلية على الأسرة

مفهوم مشاركة الأسرة في البرنامج التربوي للطفل

دور الأسرة في البرنامج الدراسي للطفل المعاق عقلياً

دور الأسرة في التعليم والتدريب

النشاطات التي يمكن لأولياء الأمور المشاركة فيها

الإرشاد النفسي لأسر المعاقين عقلياً

أهداف إرشاد أسر الأطفال المعاقين عقلياً

حاجات أسر أفراد المعاقين عقلياً

إرشادات لأسر الأطفال المعاقين عقلياً

أنواع الرعاية والعلاج

أولا : العلاج الطبي

ثانيا : العلاج النفسي

خطوات العلاج النفسي

ثالثا : العلاج التربوي

رابعا : العلاج الاجتماعي

الوحدة السادسة

رعاية وعلاج الإعاقة العقلية

إطار تاريخي لجهود تربية المعاقين عقلياً

من وجهة النظر التاريخية سادت على مر العصور بعض الاتجاهات الاجتماعية تجاه أولئك الذين تقل قدراتهم العقلية عن الأفراد العاديين، تضمنت هذه الاتجاهات بعض الجهود الإيجابية، كما اشتملت على بعض الاتجاهات السلبية في نفس الوقت، مالت بعض هذه الاتجاهات لأن تطلق على الأفراد المعاقين أنهم أغبياء أو يتميزون بالبلادة أو غير ذلك من المسميات ذات المضامين السلبية.

كانت جهود بعض العلماء الأوائل تحمل نتائج مدعمة للتقدم في دراسة ظاهرة الإعاقة العقلية، أدت مثل هذه الجهود إلى زيادة تفهم ظاهرة الإعاقة العقلية، كما نتج عنها أيضاً تفسيرات أكثر وضوحاً وواقعية لهذه الظاهرة، ومن ناحية ثانية أدت هذه الجهود إلى وضع خطط وبرامج تعليمية تتلاءم مع الأطفال المعاقين مما أدى إلى ظهور مؤسسات تهتم بعلاج حالات الإعاقة العقلية باستخدام أساليب ذات طابع عملي.

لعل من أبرز الجهود الرائدة في هذا المجال تلك الجهود التي قام بها الطبيب الفرنسي مارك ايتارد فقد كانت أول محاول منظمة لتعليم المعاقين عقلياً على يد ايتارد عام (1798)، عندما حاول تدريب الطفل الذي وجد في غابة الأفيرون بفرنسا والذي كان في حوالي الثانية عشرة من عمره، اتبع ايتارد مع (فيكتور) (هذا هو الاسم الذي أطلقه ايتارد على الطفل)، هذا الطفل أسلوب تدريب الحواس، والتطبع الاجتماعي، لمدة خمس سنوات، وتوصل إلى النتائج التالية:

* في مجال النمو العقلي: نجح ايتارد في تعليم الطفل مبادئ بسيطة في القراءة والكتابة.
* في مجال النمو الاجتماعي: استطاع ايتارد أن يخضع الطفل لبعض القيود في الحياة كاحترام بعض العادات والتقاليد.
* في مجال النمو الحسي: حقق تقدماً في تنبيه الطفل على استخدام حواس الذوق، والشم، واللمس، وإدراك العلاقة بين بعض الأشياء.
* في مجال النمو السمعي: درب ايتارد الطفل على التمييز بين بعض الأصوات ولقد أظهر الطفل في أول الأمر مقدرة على التمييز بين هذه الأصوات والأنغام ثم سرعان ما أخفق في متابعة التمييز.
* في مجال النمو اللغوي: فشل ايتارد في تعليم الطفل الكلام وظل كماهو.

كانت الجهود التي بذلها ايتارد مصدر إلهام لكثير من البحوث والدراسات التي تلت محاولته الناجحة، تضمنت الجهود التالية لايتارد تلك الدراسات التي قام بها أحد طلابه وهو ادوارد سيغان، كان محور اهتمام دراسات سيغان يدور حول محاولة وضع برامج تعليمية تتناسب مع الأفراد الذين ثبت أنهم يتميزون بدرجة منخفضة من الذكاء، كان مثل هؤلاء الأطفال في ذلك الوقت يوضعون جنباً إلى جنب مع المجرمين والمرضى العقليين في مؤسسات معزولة، غادر سيغان فرنسا عام (1848) إلى الولايات المتحدة الأمريكية، واختير أول رئيس للرابطة الأمريكية للإعاقة العقلية عام (1849)، وتولى بعد ذلك رئاسة إحدى المدارس التي أطلق عليها فيما بعد مدرسة بنسلفانيا لتدريب المعتوهين.

وضع سيغان النظرية الفسيولوجية حول الإعاقة العقلية، والتي تتلخص في أن الإعاقة العقلية نوعان، الأول سطحي والثاني حاد، النوع الأول هو الذي يتلف فيه الجهاز العصبي المحيطي، أما الثاني فهو الذي ينشأ عن عيوب في الجهاز العصبي المركزي.

ولتطبيق هذه النظرية، قام سيغان بوضع برنامج علاجي لتعليم وتدريب المعاقين عقلياً، ويمكن تلخيص هذا البرنامج في النقاط الأساسية التالية:

1- يعتمد علاج النوع الأول من الإعاقة العقلية السطحي على تدريب العضلات لاستثارة الأعصاب المستقبلية لتوصل احساساتها إلى الجهاز العصبي المركزي.

2- يعتمد علاج الإعاقة العقلية الحادة على إحداث صدمات للجهاز العصبي المركزي نفسه عن طريق الأعصاب المستقبلة لكي تنشط الخلايا العصبية في القشرة المخية فتؤدي عملها بمعدل أكثر نشاطاً.

3- يتم تدريب الجهاز العصبي عن طريق أنشطة تعتمد على إشباع حاجات الطفل ورغباته، بحيث تكون هذه الأنشطة من الحياة اليومية المعتادة للطفل.

4- كانت صفوف المعاقين عقلياً والتي أنشئت في الهواء الطلق تعتمد في برامجها على أنشطة لتنمية الوظائف الحركية والصوتية، وأعضاء الجسم الضعيفة التكوين.

5- الاتجاه في تعليم المعاقين عقلياً من الكل إلى الجزء، فمثلاً كان التدريب الحركي يبدأ بالأرجل، فالقدمين، فالكتفين، فالذراعين، فالرسغ، فالكف وأخيراً الأصابع.

6- إن الأيدي هي مدخل لخبرات الطفل، ولا بد أن يمارس بهما الاتصال بالحياة الخارجية.

7- تدريب حاسة السمع بحيث يتدرج من العام إلى الخاص.

8- الاهتمام بعلاج مشكلة الكلام أولاً، ثم الكتابة، ثم القراءة.

9- تدريب البصر عن طريق تدريب الطفل على استخدام الألوان والأشكال المترابطة، والأبعاد والمسافات، والمستويات، وفي نفس الوقت الذي يستطيع فيه إمساك الأشياء بيديه (التناسق البصري الحركي أو تناسق العين مع اليد).

لم تقتصر عملية تربية وتعليم المعاقين عقلياً على محاولات ايتارد في فرنسا ونظرية سيغان في الولايات المتحدة، بل امتدت إلى إيطاليا، حيث قامت ماريا منتسوري عام (1897) بإنشاء مدرسة لتعليم وتدريب ضعاف العقول، وتدريب المعلمين اللازمين لهذا الميدان، واعتمدت منتسوري في ذلك على التمييز الحسي وذلك عن طريق تدريب الحواس، واعتبرت منتسوري مشكلة الإعاقة العقلية مشكلة تربوية أكثر منها مشكلة طبية، لذلك فقد أقامت مؤسسة خاصة للمعاقين عقلياً وصممت لها أجهزتها المعروفة التي تكونت من ست وعشرين جهازاً منها أجهزة تدريب القدرات البصرية، وهي عبارة عن اسطوانات يضعها المعاق في ثقوب على كتلة من الخشب ليتدرب على الأبعاد المختلفة للثقوب والاسطوانات، وفي التدريب على الإحساس بالحرارة والبرودة استخدمت الماء الدافئ والماء البارد للتمييز بينهما، وعلى تدريب اللمس كانت تقدم للمعاق ورقاً ناعماً وآخر خشن.

كذلك كانت محاولات ألفرد بينيه في فرنسا عام (1905)، وهو أول من وضع اختبار للذكاء كان الهدف منه إيجاد أداة يتم عن طريقها التمييز بين المعاقين عقلياً والأسوياء في المدارس العامة، ثم جاءت ديسكودريس عام (1928)، بمنهجها في تعليم وتدريب المعاقين عقلياً، الذي اعتمد على التعليم عن طريق العمل، والتأكيد على تدريب الحواس، فقد صممت برنامجاً لتدريب المعاقين عقلياً وفقاً لحاجاتهم واستعداداتهم وميولهم كالتالي:

أ- تدريب الحواس والانتباه: حيث وضعت سلسلة من الألعاب والتدريبات لتنمية حواس المعاقين ففي مجال التدريب البصري مثلاً، ابتكرت لعبة التوفيق بين الألوان حيث تطلب من المعاق وضع أشكالاً مختلفة من الألوان على الصور التي تحمل نفس اللون والشكل تم تمييز مختلف الألوان في الطبيعة، وفي مجال التدريب السمعي اهتمت بالتمييز بين الأصوات وأنغامها كالصفارة والجرس، والزجاج والنقود وغيرها.

ب- التدريب الجسمي: كما اهتمت بالتدريب الجسمي للمعاق لاعتقادها بأن هذا التدريب ينشط الذهن ويؤدي إلى اكتساب قدرات جديدة.

جـ- التدريب اليدوي: شجعت على تصميم أشكال مختلفة من الورق، الكبريت، الكربون، الصلصال، وغيرها ودربت الكبار على المهارات المتعلقة بالحياكة وأشغال الإبرة وأعمال التريكو والنجارة والمعادن وغيرها.

د- التدريب على تذوق الجمال: عن طريق الرسم الحر التلقائي وخلط الألوان وتصميم ألوان جديدة.

هـ- التدريب اللغوي: حاولت إصلاح عيوب الكلام عند المعاقين كاللعثمة والإبدال والحذف وغيرها، وذلك بالتدريبات المتواصلة.

أفضل الطرق في رعاية المعاقين عقلياً:

لقد تغيرت الآراء حول طرق العناية بالمعاقين على مر العقود، وعلى كل حال، فإن الخبراء في مجال الإعاقة العقلية قد تأكدوا خلال مراجعة الفترات الزمنية الماضية إن الأسلوب السائد حالياً هو الأفضل، بل إنه يعتبر الطريقة الوحيدة للتعامل مع المعاقين عقلياً، ولقد عبر العديد من الناس عن إعجابهم بإنسانية هذا التوجيه، وبفوائده للمعاقين عقلياً وبالشعور الطيب الذي يتركه هذا لأسلوب في المجتمع.

ومن الأمثلة على ذلك الأسلوب، الاتجاه نحو دمج الأطفال المعاقين في فصول المدرسة النظامية مع أقرانهم العاديين، أي محاولة السماح للأطفال المعاقين عقلياً بالنمو في بيئة عادية قدر المستطاع، ومع أن هذا الاتجاه يعتبره الكثيرون أفضل وضع تربوي للأطفال المعاقين عقلياً.

إن إجماع خبراء التربية الخاصة الآن يحبذون العمل على وضع الأطفال المعاقين إعاقة بسيطة في صفوف خاصة، وهذا صحيح على الأقل عندما تتوفر التسهيلات والأماكن التي تيسر وضع الأطفال في مجموعات متجانسة العمر والقدرة.

ويعتقد أن الصف الخاص يحمي الطفل المعاق عقلياً من الفشل الذريع ومن فقد الزملاء وفقدان احترام الذات، ووضعه في هذا الصف ربما يتيح له فرصة أكبر للتعلم الفردي، ويعرضه لمنهاج يمكن أن يعده لأنواع الوظائف أو المهن التي يمكن أن يشغلها عند ترك المدرسة، ومع أن معلمي الصفوف العادية تنفسوا الصعداء عند فتح الصفوف الخاصة بالمعاقين عقلياً، لأنهم كانوا محبطين بمحاولتهم تعليم هؤلاء الأطفال، إلا أن الهدف الأساسي من الصفوف الخاصة قد تمثل في مساعدة الأطفال المعاقين عقلياً في المقام الأول.

رعاية وعلاج الإعاقة العقلية[1]:

أهمية العناية والعلاج - أثر الإعاقة العقلية على الأسرة - أثر الإعاقة على المجتمع - أنواع الرعاية والعلاج - العلاج الطبي - العلاج النفسي - العلاج التربوي - العلاج الاجتماعي - العلاج الاجتماعي للبيئة.

أهمية الرعاية والعلاج:

اختلفت الآراء حول رعاية الإعاقة العقلية وأهمية المجهودات التي تبذل مع المعاقين عقلياً، بالنسبة للفرد والأسرة والمجتمع. فذهب فريق من الباحثين إلى أن العلاج والتدريب والتعليم عناوين براقة تجذب الأبصار، وإذ حاولنا التحقق منها ذهبت كالسراب لتخدعنا من جديد. لأن ميدان الإعاقة العقلية عقيم والشفاء منه ميئوس، والنتائج في غير مضمونة. وحتى إذا وصلنا إلى بعض النتائج فهي بسيطة لا توازي ما يبذل فيها من جهد ووقت ومال، لذا فمن الأفضل أن نتركه ونتفرغ لميادين أخرى ما أكثرها وأنفعها للفرد والمجتمع على السواء.

وذهب فريق آخر إلى أن العلاج ممكن، والتدريب مفيد، والتعليم مثمر، وأن النتائج التي نحصل عليها توازي أكثر مما ينفق عليها من جهد ووقت ومال، إذا

---

(1) تقصد بالعلاج Treatment والرعاية Care، ونعني بها جميع الخدمات الطبية والنفسية والاجتماعية والمهنية والتربوية التي يلقاها المعاقين عقلياً داخل المؤسسات والمعاهد والمستشفيات أو خارجهما، وتؤدي إلى تحسن وارتقاء قدراتهم الذهنية والاجتماعية والتربوية والمهنية.

وضعنا في الاعتبار أن ما يحققه الإنسان من تحسن وارتقاء مهما كان بسيطاً لا يقدر بمال، ولا يقاس بمجهود، ولا يقارن بوقت. والمكسب الذي نحصل عليه من إنشاء مؤسسات التثقيف الفكري ومعاهد التربية يقاس بتحسن وارتقاء نزلائها في النواحي الذهنية والاجتماعية والمهنية والجسمية حتى ولو كان بسيطاً.

ويرجع اختلاف وجهتي النظر السابقتين إلى موقف كل فريق من مفهوم العلاج ومفهوم الشفاء، فالفريق الأول أخذ العلاج بمعناه الطبي، وهو إعطاء أدوية وحقن، وأخذ الشفاء بمعنى التخلص من المرض تماماً. وأخذ الفريق العلاج بمعناه التربوي والاجتماعي والنفسي ويقصد به الرعاية والتدريب والتربية التي تؤدي إلى تحسن وارتقاء الشخص ذهنياً واجتماعياً، وتساعده على تحمل مسئوليته في الحياة، وتخرجه من حيز الإعالة التامة إلى الاعتماد على النفس جزئياً أو كلياً، وأخذ الشفاء بمعنى التحسن والارتقاء.

ومهما يكن من شيء فقد ثبت لنا في السنوات الماضية ما هو كفيل لأن يوقظ ضمائرنا، ويحرك مشاعرنا، لانتشار مشكلة الإعاقة العقلية، وأثرها في تحطيم حياة كل من الفرد والأسرة والمجتمع. فالإعاقة العقلية من العوامل التي تسبب جرائم وأفعال غير مشروعة، لأن الرجل المعاق عقلياً خطر على نفسه وعلى أسرته وعلى المجتمع على حد سواء. والمرأة المعاقة عقلياً عديمة الأخلاق، سيئة السمعة معدومة الضمير، قد تكون سبباً للانحراف، وبؤرة لانتشار أمراض جسمية واجتماعية كثيرة، لذا كان من الضروري أن يهتم المجتمع برعاية المعاقين عقلياً بغض النظر عن مقدار التكاليف المادية والبشرية التي يتحملها.

وتختلف الرعاية التي يلقاها المعاقين عقلياً من مجتمع إلى آخر، ومن جيل إلى جيل، فرعايتهم في الدول المتحضرة غيرها في الدول النامية أو المتخلفة وفي العصور الحديثة غيرها في العصور الوسطى أو البدائية، وفي الحقيقة تتأثر رعاية المعاقين عقلياً بعوامل كثيرة من أهمها:

1- المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للمجتمع.

2- التقدم العلمي والخبرة الميدانية والاتجاهات السائدة.

3- مستوى تبصير الرأي العام بالمشكلة.

4- التسهيلات التربوية المتوفرة لتعليم الأطفال الأسوياء.

5- تبني أحد المسئولين في المجتمع لمشكلة الإعاقة العقلية يوجه الأنظار إليها (مثل ما حدث في الولايات المتحدة عندما تبنى الرئيس الراحل جون كنيدي مشكلة المعاقين عقلياً).

وتغيرت نظرة المجتمع إلى علاج ورعاية المعاقين عقلياً في العصر الحديث. وظهر التغير في ناحيتين، الناحية الأولى نظرة المجتمع إلى الإعاقة على أنه مرض مثل الجذام والسل والزهري... الخ، وهذا خلاف للنظرة القديمة التي اعتبرت المعاقين عقلياً أولاد الشياطين يجب عقابهم، أو هم أولاد الله يجب التبرك بهم. والناحية الثانية في تغير نظرة المجتمع الاتجاه العلمي الذي زاد في الخمسينات من هذا القرن واعتبار الإعاقة العقلية مشكلة يمكن علاجها بالتدريب والرعاية.

وتغيرت أيضاً فلسفة رعاية المعاقين عقلياً تبعاً لتغير نظرة المجتمع للمشكلة وأصبحت تتلخص في الآتي:

1- ليس الغرض من رعاية المعاقين عقلياً حمايتهم والأسرة والمجتمع من أضرار سلوكهم بل تدريبهم وإعدادهم للحياة الاجتماعية، لتحمل المسؤولية والاعتماد على النفس جزئياً أو كلياً.

2- رعاية المعاقين عقلياً حق للفرد وواجب على الدولة.

3- لن ترقى الدولة إلى مصاف الدول المتحضرة، ولن يصعد المجتمع إلى مستوى المجتمعات الراقية إلا إذا اهتم بالمعاقين عقلياً وجسمياً.

أثر الإعاقة العقلية على الأسرة:

يسبب قدوم الطفل المعاق عقلياً مشكلات عاطفية ووجدانية وسلوكية واقتصادية واجتماعية لأسرته، فعندما يكتشف الوالدان تخلف طفلهما العقلي يشعران بالغم، والحزن العميق، وعدم الاستقرار النفسي والاجتماعي، والخوف

الشديد على مستقبل طفلهما، والقلق الناتج عن ترددهما بين الأمل في العلاج واليأس من الشفاء، ومن بحث قام به أندر ريبوند (Ander Repond, 1955) عن الآثار المترتبة على وجود الطفل المعاق عقلياً مع أسرته، أشار إلى النتائج التالية:

1- تزداد الروابط بين الزوجين إذا كانت العلاقة قوية بينهما منذ البداية قبل قدوم الطفل المعاق.

2- تتفكك الروابط بين الزوجين إذا كان الزواج هو الرباط الوحيد ولا شيء غيره. فيسبب قدوم الطفل كثيراً من الخلافات والمشاحنات الأسرية بين الزوجين ويتهم كل منهما الآخر بأنه مصدر المشكلة.

3- ترضى الأم المتدينة بقدوم الطفل المعاق عقلياً وتحمد الله عليه.

4- لا ترغب بعض الأمهات أن يكبر أطفالهن حتى يظلوا في حاجة إلى رعايتهن وحمايتهم مدى الحياة.

5- تجعل بعض الأسر الأخت الكبرى أما صغيرة (Lettle mother) لطفلها المعاق عقلياً، وتكرس حياتها لرعاية أخيها، وتحرم نفسها من المتعة والمرح مع الأطفال، ولا تخرج للفسحة أو للزيارة أو اللعب أو السينما إلا ومعها أخيها، تحمله على كتفها، أو حول عنقها، وتتزوج أخواتها واخوتها وتظل صاحبة القلب الرقيق تعيش لرعاية أخيها حتى تذبل زهرة شبابها، ويفوتها قطار الحياة وهي تنتظر على رصيف التضحية أو في محطة الفداء.

ومن دراسة فاربر (Farber, 1955) على (240) أسرة بولاية شيكاغو، كان من بين أطفالها طفل واحد معاق عقلياً، اتضح الآتي:-

1- تتأثر الحياة الزوجية في المستويات الاجتماعية الدنيا بوجود الطفل المعاق عقلياً ويستمر هذا التأثير حتى يودع الطفل في مؤسسة للرعاية الاجتماعية.

2- لا تتأثر الحياة الزوجية في المستويات الاجتماعية المتوسطة.

3- يتأثر الأخوة والأخوات إذا اعتمدت الأسرة عليهم في تربية طفلها المعاق عقلياً.

4- يساعد إيداع الطفل المعاق عقلياً في مؤسسة اجتماعية أخته الكبرى أكثر من أخيه الأكبر.

5- يتأثر الأخوة والأخوات الكبار إذا كان أخوهم الصغير معاقاً عقلياً أكثر من تأثر الأخوة والأخوات الصغار إذا كان أخوهم الكبير متخلفاً.

ومن دراسة جرابكر وفشر وكوش سنة (Grabker, B.V, Fisher, K., 8 Koch, R., 1962) على واحد وعشرين أخاً مراهقاً لستة عشر طفلاً معاقاً عقلياً، للوقوف على مدى تأثير وجود أخ، أو أخت معاقة عقلياً على الأخ المراهق في حياته مع الأسرة، وفي المجتمع، وفي المدرسة، وجدوا أن الأخوة المراهقين يعيشون عيشة عادية، ويكونون علاقات اجتماعية مع زملائهم في المدرسة، ومع أصدقائهم، وجيرانهم. وكان جميع الأخوة موافقين على إيداع أخيهم المعاق عقلياً في مؤسسة اجتماعية، كما لا يكون للطفل المعاق عقلياً أثر كبير على اخوته المراهقين إذا تم تشخيص إعاقته مبكراً وتم توجيه وإرشاد أسرته وتبصيرها بمشكلته.

كما يتعلق بعض الآباء والأمهات بأولادهم المعاقين تعلقاً أعمى بدافع الشفقة والحب، ولا يدركون حقيقة الإعاقة العقلية، ولا يعرفون كيف يواجهون المشكلة، وأحياناً كثيرة لا ترتبط استجاباتهم بحاجات الطفل الداخلية، إنما إرضاء عصابياً لمشاعر الفشل وخيبة الأمل نحوه هيلن شكمان (Halen Schucman) سنة (1963) إلى أن الوالدين قد يجدا في طفلهما المعاق عقلياً تبريراً قوياً لاتجاهاتهما العصابية، خاصة إذا دعتهما النزعة الإنسانية في التضحية والفداء، ويظهر هذا الاتجاه جلياً عند الأمهات أكثر منه عند الآباء، ومن الأمثلة على هذه التبريرات قول إحدى الأمهات "أنا أعلم جيداً أن طفلي لن يستطيع القيام بأي عمل بدون مساعدتي له، لذلك لن أتخلى عنه، ولن أنخدع بالأشياء التي تعلمتها أو العمليات التي اكتسبها حتى لو كان في إمكانه أن يقوم بها".

وقد يعتقد الوالدان أن وجود الطفل المعاق عقلياً سبب في استمرار حياتهما حتى يرعاه، وأن الله سوف يبسط لهما الرزق من أجل هذا المسكين، ومن الأمثلة

على هذا التبرير قول إحدى الأمهات" سوف يأتي اليوم الـذي يـستطيع فيـه طفلـي الذكي التخلي عني، أما طفلي هذا فسوف يظل بحاجة ألي مـدى الحيـاة"، ويـصعب إقناع مثل هذه الأم بضرورة تدريب طفلـها علـى مهنـة يتكـسب منهـا، أو إيداعـه مؤسسة للرعاية يتدرب فيها، ويتعلم الحياة الاجتماعية.

وقد يكون وجود الطفل المعـاق عقليـاً سـبباً في تـوتر الحيـاة الاجتماعيـة في الأسرة، فقد يشعر الوالدان بحرج اجتماعي من حالة طفلهما، ويتحفظان عليه بعيداً عن الضيوف والأصدقاء ويرددان هذا كثيراً أمام أخوتـه وأخواتـه، فيقلـدونهما في نفس السلوك والمشاعر تجاه أخيهم المعاق، ويشعرون بالحرج إذا عـرف زملائهـم في المدرسة أو الجامعة بحالة أخيهم المسكين.

وقد تهتم بعض الأسر اهتماماً كبيراً بأطفالها المعاقين عقلياً، فتتفرغ الأمهـات أكثر من اللازم لرعايتهم، والعنايـة بهـم، ممـا يـؤثر علـى رعـايتهن لأطفـالهن غـير المعاقين، ورعايتهن لبيوتهن وأزواجهن، وقد يكون وجود الطفل المعاق مـع أسـرته سبباً في استنزاف ميزانيتها، خاصة إذا شعرت الأسرة بحـرج اجتمـاعي مـن إلحـاق طفلها بمؤسسة حكومية، واضطرت إلى إلحاقه بمؤسسة أو معهد خاص يكلفها مـالاً كثيراً.

وتتمسك بعـض الأسـر بأطفالهـا المعـاقين عقليـاً وهـم صـغار، وتـرفض أن تودعهم في مؤسسة أهلية أو حكومية، لأنها تستطيع أن توفر لهـم كـل سـبل الحيـاة الكريمة، ولكن عندما يكبرون، وتكبر معهم حاجـاتهم، وتـزداد مطـالبهم، وتتعقـد مشاكلهم كمياً وكيفياً، وتعجز الأسرة عن سد حاجاتهم، وتلبية مطالبهم، ومواجهة مشاكلهم، ويفلت من يدها زمام الأمور؛ تستسلم للأمر الواقع، وتسعى لإيـداعهم المؤسسات، بعد أن يكونوا قد اكتسبوا عـادات لا اجتماعيـة كـثيرة، وتعـودا علـى الكسل والخمول، ويصبح علاجهم صعباً، ويستغرق وقـتً طـويلاً ومجهـوداً كـبيراً لاقتلاع وتعديل ما أفسدته الأسرة، ثم تعليمهم عادات اجتماعية جديدة وتـدريبهم على السلوك المرغوب فيه.

مفهوم مشاركة الأسرة في البرنامج التربوي للطفل:

تعرف المشاركة هنا بأنها أي نوع من أنواع الاتصال بين أولياء الأمور وبين الطفل أو المدرسة أو أي شخص أو مؤسسة بخصوص البرنامج التربوي للطفل – عدى الاتصالات الروتينية والتي لا تدخل فيها مناقشة حول برنامج الطفل مثل إحضار الطفل للمدرسة أو أخذه منها بدون الاتصال بالمسؤولين في المدرسة- وتتم هذه المشاركة إما في المدرسة عن طريق زيارة الصف الذي يدرس به الطفل، الاشتراك في نشاطات تربوية في الصف، مناقشة سير العملية التربوية للطفل مع العاملين في المدرسة، حضور مجالس الآباء والأمهات، إرسال ملاحظات للمدرسة خاصة ببرنامج الطفل الدراسي أو سلوكه، المشاركة في الاختبارات النفسية وخلافها الخاصة بالطفل، وغير ذلك من النشاطات في المدرسة.

كما أن هذه المشاركة قد تتم في المنزل أو في المجتمع عن طريق مساعدة الطفل في واجباته المدرسية، مراقبة سلوك الطفل في المنزل، متابعة تحصيل الطفل الدراسي في المنزل وإشعار المدرسة به، حضور الندوات والمؤتمرات التربوية، مناقشة أولياء أمور آخرين في برنامج الطفل الدراسي أو البرنامج التربوي لأطفالهم، التطوع في خدمات خاصة بالمعاقين خارج حدود المدرسة، استغلال وسائل الإعلام لمناقشة قضايا خاصة بتربية المعاقين أو التقدم للمسؤولين عن التربية الخاصة بمقترحات لتطوير برامج المعاقين.

تقوم مشاركة أولياء الأمور في البرنامج الدراسي للطفل على أربعة أهداف أساسية:

1- توفير التوجيه الاجتماعي والعاطفي اللازم للأسرة، للحد من الضغوط التي قد تعاني منها لوجود الطفل المعاق وبث الشعور الإيجابي في نفوس أفرادها.

2- لتبادل المعلومات بين المدرسة والأسرة لخلق فهم أفضل للطفل وسلوكياته وقدراته في البيت والمدرسة مما يساعد على تنمية هذه القدرات وتعديل سلوكياته بما يتوافق مع السلوك المقبول اجتماعياً ومتابعة العملية التعليمية في المنزل.

3- تشجيع الآباء والأمهات على العمل في الصف لمساعدة المدرسة في تحديد البرنامج الدراسي للطفل، والعمل في المدرسة للمساعدة في بعض الأعمال الإدارية.

4- يركز الهدف الرابع على تعزيز العلاقات المنتجة بين الطفل والأسرة وتنمية المهارات التربوية لدى الوالدين وتوجيهها لتكون أكثر فعالية في مساعدة الطفل على اكتساب المهارات اللغوية وزيادة القدرات العقلية لديه.

دور الأسرة في البرنامج الدراسي للطفل المعاق عقلياً:

تعد العلاقة بين تعليم الطفل وبين ارتباط أسرته بالبرنامج التربوي الذي يتلقاه واحدة من أهم القضايا التربوية المعاصرة، حيث أن هذا الارتباط يفيد البرنامج نفسه من ناحية تطويره، وكذلك يفيد الأسرة والطفل بصفة خاصة من حيث نوعيتهم ومواكبتهم لخطوات نمو الطفل في برنامجه الدراسي، لقد اعتبر ليلي (1976) وغيره من الباحثين أن الأم هي المعلم الأول للطفل، بينما عد باترسون (1982) أهمية الأب في الدرجة الأولى من ناحية الدور الذي يلعبه في تربية الطفل وتقويمه.

إن الأسرة هي أهم مصدر لتشجيع وتعميم ما تعلمه الطفل في المدرسة أثناء بقائه في المنزل حيث تحول ما تعلمه من مجرد مواضيع تحفظ لإرضاء المعلم إلى سلوكيات تبقى مع الطفل خلال حياته، لقد حكمت علاقة الأسرة بالبرنامج التربوي للطفل المعاق بقوانين تحددها في بعض الدول المتقدمة، كالقانون رقم (94/ 142) الصادر في الولايات المتحدة عام (1975) والذي أعطى أولياء الأمور مجموعة ضخمة من الحقوق التي تكفل لهم حق التدخل والمشاركة في البرنامج التعليمي للطفل المعاق، بينما لم يحصل أولياء الأمور في الدول النامية على مثل هذه الحقوق.

ويمكن للوالدين أن يلعبا أربعة أدوار رئيسية في مجال التربية: فهم كأفراد يجب أن يشجعوا على إيجاد حلول لمشاكلهم الشخصية التي فرضها وجود الطفل المعاق بينهم، كما أنهم كمتعلمين يشاركون المربين في المعلومات التي يعرفونها عن الطفل وقدراته ويتلقون منهم المساعدة والحماية، أما كمعلمين فإن أولياء الأمور قد

يقومون بدور المعلم لأطفالهم إذا وجدت بينهم وبين معلم الطفل علاقة قوية تمكنهم من النجاح في هذا الدور.

وأخيرا فإن أولياء الأمور يلعبون دور الشريك مع المدرسة في البرنامج التربوي للطفل، حيث يساهمون بآرائهم ومعلوماتهم حول سلوك الطفل وتحصيله الدراسي في المنزل مع العاملين في المدرسة.

دور الأسرة في التعليم والتدريب:

قد يتضايق بعض الآباء عندما يكتشفون بأن شروحهم الطويلة للطفل لا تجد صدى لديه ولا ترضي فضوله أو تحد من سلوكه أحياناً، وبما أن الإعاقة العقلية لا تشفى بمرور الوقت بحيث يستطيع الطفل مقابلة توقعات الآباء غير المعقولة بالنسبة لمستواه، فإن الأمر يستلزم من الآباء معرفة أمور كثيرة عن طفلهم المعاق عقلياً قبل أن يصبحوا قادرين على مساعدته، وأهمها:

1- معرفة معنى الإعاقة العقلية.

2- معرفة درجة الإعاقة العقلية.

3- الإلمام باستعدادات الطفل واحتياجاته، حيث أن إزالة العوائق التي تحد من تنمية ما لديه من قدرات لا تؤدي إلى تحسن سلوك الطفل فقط، ولكنها تعمل كحوافز له ولأولياء أمره كذلك.

4- مناقشة تأثير وجود الطفل المعاق عقلياً على حياة الأسرة، حيث أن المعاق عقلياً يفرض أعباء مالية واجتماعية على الأسرة، كما يتطلب من جميع أفرادها مشاركته في العلاقات الاجتماعية والنشاطات المتنوعة.

5- الإلمام بالحقائق العلمية وبخاصة فكرة أن السلوك يمكن تغيره، وبأنه يمكن تحقيق ذلك عن طريق بعض الطرق العلمية التي يستطيع الأفراد العاديون إتقان استخدامها بعد التدريب على ذلك.

6- الإحاطة علماً بأماكن تواجد مراكز الخدمات المساعدة المتوفرة في المجتمع.

ومن المعروف أن عملية تدريب الطفل المعاق عقلياً قد تكون صعبة لأنه أبطأ من الأطفال العاديين في تعلم أنماط السلوك الحركي مثل المشي على سبيل المثال، إلا أن هناك كثير من الأشياء قد يستطيع عملها إذا ما عملنا على تدريسه لتحقيق أعلى درجة من التوافق يمكن أن يصل إليها، مع محاولة استغلال ما لديه من قدرات وإمكانات مهما كانت ضئيلة، وكلما بدأ التدريب مبكراً كلما كانت فاعليته أكثر إيجابية.

النشاطات التي يمكن لأولياء الأمور المشاركة فيها:

هناك مجموعة كبيرة من الدراسات تمت في مجال مشاركة أولياء الأمور في البرنامج الدراسي للطفل المعاق، وقد وجدت بعض هذه الدراسات أن مشاركة الوالدين في برنامج ما قبل المدرسة (الروضة والتمهيدي) مهم جداً في بناء الأساس التعليمي للطفل، كما وجد أن هذه المشاركة هي أحد الأسباب الرئيسية في نجاح البرنامج التربوي للمعاقين.

لقد حددت أنواع النشاط التي يمكن لأولياء الأمور المشاركة فيها بنوعين رئيسيين: النشاطات الرسمية وهي ما يتم بناءاً على تنظيم خاص محدد من قبل العاملين في المدرسة أو في الإدارة التعليمية، أما النوع الآخر فهو النشاطات غير الرسمية، وهي النشاطات التطوعية أو النشاطات التي تم بناء على دعوة من معلم الصف أو مساهمة من لي الأمر.

تشمل النشاطات الرسمية مساهمة أولياء الأمور للعمل في الصف كمساعدي مدرسين وذلك من أجل تعريفهم بالطريقة التي يتم بها تعليم الطفل وربطهم بهذا البرنامج، ومراقبتهم المباشرة لتحصيل الطفل من زاوية حقيقية يدخل فيها خطوات تعلمه في المدرسة وفي المنزل، وكسب المدرسة أو الإدارة التعليمية لأشخاص يعملون في المدارس بأقل قدر ممكن من التكلفة وبأكبر قدر ممكن من الحماس للعمل في هذا المجال.

أما النشاطات غير الرسمية فتشمل زيارة الآباء والأمهات لأبنائهم في الصف لحثهم على المشاركة في بعض النشاطات الصفية والتعرف على الطريقة التي تعلم بها الأطفال في الصف للاستفادة منها أثناء تعليم الأطفال في المنزل.

ولكي ينجح الوالدان في برنامج تدريب الطفل المعاق عقلياً، فإنه ينصح باتباع ما يلي:-

1- البدء باختيار الأشياء السهلة لتقديمها للطفل أولاً.

2- تعزيز (مكافأة) السلوك الذي يطلب منه القيام به فقط، أو عندما يسلك مسلكاً اجتماعياً حسناً.

3- استخدام التعزيز (المكافأة) من الأشياء التي يحبها الطفل.

4- ضرورة معرفة أن وسائل التعزيز التي ترضي حاجة الطفل إلى الحب والاهتمام والتقدير هي من أكثر المعززات نجاحاً.

5- إهمال التركيز على الطفل أو إبداء الاهتمام به عند قيامه بسلوك سيئ أو غير مرغوب.

6- ضرورة استمرار التعزيز بشكل انتقائي في السلوك الذي سبق تعلمه، أي تعزيز السلوك السابق من حين إلى آخر، أما في حالة حدوث تعلم حديث فلا بد من تعزيزه أولاً بأول حتى يقوى ويثبت.

الإرشاد النفسي لأسر المعاقين عقلياً:

الإرشاد هو عملية تفاعل تحدث في موقف خاص بين شخصين أحدهما مرشد والآخر مسترشد بهدف تسهيل حدوث تغييرات في سلوك المسترشد تمكنه من الوصول إلى حلول مناسبة لمشكلته واحتياجاته.

أهداف إرشاد أسر الأطفال المعاقين عقلياً

يمارس المرشد النفسي عمله مع أسر المعاقين عقلياً في إطار ثلاث مجموعات من الأهداف، ويتم الاقتصار على استخدام إحداها أو استخدامها جميعها طبقاً

للاحتياجات الوالدية والأسرية وذلك في إطار خطوات التخطيط لبرنامج الإرشاد وهي:

1- التقييم الواقعي وتحديد المشكلة.
2- تحديد الاحتياجات الإرشادية.
3- تحديد أولويات الاحتياجات.
4- تحديد وصياغة الأهداف.
5- تحديد التكنيكات المناسبة للعمل وتخطيط النشاطات اللازمة لتحقيق الأهداف.
6- تقويم النتائج.

وتتلخص تلك الأهداف فيما يلي:

1- الأهداف المعرفية (خدمات المعلومات).
2- الأهداف الوجدانية (الإرشاد النفسي العلاجي).
3- الأهداف السلوكية (تدريب الأسرة).

تعتبر أصعب المراحل بالنسبة للأسرة عندما يتم تشخيص الطفل لأول مرة على أنه معوق عقلياً حيث لا يمكنهم تقبل الأمر بسهولة وواقعية، حيث يحتاج الأهل في هذه المرحلة إلى الدعم والتشجيع النفسي والمساعدة في التخطيط للتغييرات التي ستطرأ على وضعهم واتخاذ القرار المناسب فيما يتعلق بوضع ابنهم.

مستويات وعي الأهل:-

هناك ثلاثة مستويات لوعي الأهل، حيث تختلف طبيعة وأسلوب الإرشاد حسب وعي الأهل ويمكن تحديد هذه المستويات من خلال عدة خصائص هي:-

1- الوعي الكامل (Considerable Awareness):

1- يصرح الأهل بأن الطفل معاق عقلياً.

2- يدرك الأهل أن أي طرق للمعالجة ستكون محددة.

3- يطلب الأهل معلومات حول طرق الرعاية الملائمة والتدريب أو إدخال الطفل إلى مؤسسة للرعاية الخاصة.

2- الوعي الجزئي (Partial Awareness):

1- يدرك الأهل أعراض الإعاقة مع تساؤل عن أسبابها.

2- يأمل الأهل بتحسن الحالة ولكن يخافون عدم جدوى العلاج.

3- الأهل هنا غير متأكدين من كونهم قادرين على التعامل مع المشكلة.

4- يرى المختص أن الأهل لديهم وعي غير كامل من ناحية إدراكهم لمشكلة طفلهم.

3- الوعي الأدنى (Minimal Awareness):

1- يرفض الأهل اعتبار بعض الخصائص والصفات أنها غير طبيعية.

2- يعزو الأهل الأعراض إلى أسبابها وليس إلى وجود الإعاقة.

3- يعتقد الأهل أن العلاج سيجعل الطفل طبيعياً.

ويرى (Burton) أن الطبيب هو أول شخص يقوم بدور الاستشاري في هذه الحالات، ولكن دوره غير مساعد بل يزيد من الأزمة لأنه لا يستطيع التواصل مع الأهل بالشكل الصحيح، بل أنه غالباً ما يزيد من خوف وإرباك الأهل وزيادة الوضع سوءاً، فالأطباء يجب أن يكونوا متعاطفين بحيث يمكنهم التجاوب مع الاحتياجات العاطفية لدى الأهل وليس فقط تقديم المعلومات، وخاصة في حالات أهل الأطفال ذوي الإعاقة الشديدة. وتعتبر مشكلة تواصل الأطباء والأهل من أكبر المشاكل حيث يتردد الأهل في السؤال أحياناً، كما يمكن للأطباء تشخيص الحالات ولكن لا يمكنهم إيصال المعلومات بالشكل المطلوب.

وقد وضع (Carr) ثلاثة مبادئ لتقديم المعلومات للوالدين من قبل الطبيب وهي:-

1- أن يأخذ وقتاً كافياً لذلك.

2- أن يكون متعاطفاً مع الوالدين.

3- أن يجيب على جميع أسئلة الوالدين بشكل كامل.

حاجات أسر أفراد المعاقين عقلياً

تقوم الأسرة بوظائفها المختلفة لتلبية الحاجات الفردية والجماعية لأفرادها وتتعلق الوظائف التي تقوم بها الأسرة بالحاجات في المجالات السبعة التالية:-

1- المجال الاقتصادي.

2- مجال الانتماء والهوية الذاتية.

3- المجال الصحي.

4- المجال العاطفي.

5- المجال الترفيهي.

6- المجال التربوي/ المهني.

7- المجال الاجتماعي.

أما المبادئ الرئيسية التي تقوم عليها الخدمات الإرشادية للأسرة، فيمكن إجمالها بما يلي:-

1- احترام فردية الأسرة من حيث القيم والحاجات والخبرات والمعتقدات.

2- توجيه الجهود المبذولة لتلبية حاجات كل من الطفل والأسرة على نحو شامل.

3- احترام كل فرد من أفراد الأسرة وتفهمه.

4- النظر إلى الوالدين بوصفهما شريكين حقيقيين في العلاقة المهنية.

5- مساعدة الأسرة على تقوية مصادرها الذاتية وتعزيز ثقتها بذاتها.

6- تزويد الأسرة بكل المعلومات المتاحة، لتصبح قادرة على اتخاذ القرارات الملائمة.

7- البدء بتقديم الدعم والإرشاد للأسرة بأسرع وقت ممكن بعد اكتشاف الإعاقة.

هناك بعض الأمور التي يجب على المرشد توجيه اهتمام الأسرة لها، وهي:-

1- الموضوعية والفهم لحالة ابنهم المعاق.
2- فهم أسباب الإعاقة العقلية.
3- فهم ومعرفة درجة الإعاقة العقلية لدى الطفل وما هو السلوك المتوقع منه.
4- فهم صعوبات الطفل واحتياجاته ومواجهة هذه الاحتياجات.
5- فهم تأثير الطفل المعاق عقلياً على الأسرة والأخوة.
6- فهم كيفية مساعدة الطفل المعاق على النمو وأهمية وسائل التعلم الخاصة واستخدام استراتيجيات تعديل السلوك.
7- معرفة المؤسسات التربوية والاجتماعية التي تقدم الخدمات اللازمة للطفل المعاق ونوع تلك الخدمات.

ومن بين الحقائق التي لا بد من التركيز عليها عند التفكير في أسرة الطفل المعاق عقلياً:

1- حاجات الطفل المعاق كبيرة ولكن حاجات أسرته تكون أكبر.
2- الطفل المعاق يعتمد إلى درجة كبيرة على دعم أسرته له وتفهمها لحاجاته وخصائصه.
3- وراء كل طفل ذي حاجات خاصة أسرة خاصة.
4- أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة لديها هموم عامة مشتركة، بالرغم من ذلك فإن لكل أسرة خصائص مميزة فكما أن هناك فروق كبيرة بين الأطفال هناك فروق كبيرة بين الأسرة.
5- أسر الطفل المعاق بحاجة إلى قسط من الراحة، بشكل دوري، من الأعباء الثقيلة والمتواصلة التي تفرضها العناية بطفل معاق.

6- يهتم الاختصاصيون غالباً بتلبية حاجات الطفل المعاق وينسون أو لا يهتمون بما فيه الكفاية بحاجات أسرته.

7- أسرة الطفل المعاق بحاجة إلى الدعم والإرشاد والتوجيه ولكن دون إشعارها بالضعف وعدم الحيلة.

8- تعبر أسرة الطفل المعاق غالباً عن اعتقادها بأن الاختصاصين لا يفهمون مشكلاتها ومشاعرها الحقيقية.

وبغض النظر عن الاختصاصي الذي توكل إليه مهمة إرشاد الأسرة فإن الهدف النهائي من الإرشاد هو تحسين أداء المسترشد ومساعدته على التكيف. وذلك من خلال علاقة مهنية بين الشخص الذي يقدم الإرشاد والشخص الذي يتلقى المساعدة. وتقدم هذه العلاقة عادةً بسبب حاجة المسترشد إلى المعلومات أو التدريب وغالباً ما تكون على مستوى فردي إلا أنها قد تحدث على مستوى جماعي ولأن من الصعب على المسترشد أن يستفيد من الخدمات الإرشادية قبل أن يكون قد وثق بالمرشد. فإن الخطوة الأولى في العملية الإرشادية هي بناء علاقة قائمة على الثقة والألفة، وقد لا يكون من السهل بناء هذه العلاقة في بادئ الأمر، فقد يكون الوالدين في صراعات وأزمات ومخاوف عديد.

ويستطيع المرشد تسهيل الأمور بطمأنة الوالدين وحثهما على التعبير عما لديهم وعن الحاجات الحقيقية للأسرة.

إرشادات لأسر الأطفال المعاقين عقلياً:

1- الملاحظة الواعية للطفل وتطوره وما يطرأ عليه من أعراض أو علامات تساعد في سرعة التشخيص وبالتالي التدخل المبكر.

2- توفير الوقت الذي يقضيه الوالدان في المرور على طبيب بعد الآخر لرعاية الطفل المعاق.

3- عدم تبادل اللوم والاتهامات.

4- الإيمان بقضاء الله وقدره.

5- الحصول على المعلومات من المختصين ومن المصادر الموثوقة.

6- توزيع الاهتمام من جانب الوالدين على جميع أفراد الأسرة (توزيع الأدوار).

7- مواجهة الموقف بشجاعة وعدم إخفاء الطفل عن الآخرين.

8- عدم حرمان الطفل من أنشطة الحياة، أو من الخبرات الهامة لأن ذلك يقلل من فرص تعلمه ونموه.

9- التدخل المبكر لما له من أهمية في تقليل الآثار السلبية التي تنشأ عن إهمال الإجراءات المناسبة في الوقت المناسب.

10- العمل على جعل العلاقة بين أخوة الطفل والمعاق علاقة طبيعية تتسم بالود ومعاملته بطريقة مناسبة إيجابية.

11- مراعاة الفروق الفردية بحيث لا تجعل الأبناء العاديين يشعرون بالحرمان نتيجة الاهتمام الزائد بالطفل المعاق ولا أن يحدث العكس.

12- تذكر أن المعاق عقلياً قد ينقصه الذكاء، ولكن له حاجات وله مشاعر فهو إنسان يستحق الحب والرعاية.

وحتى يحقق المرشد النفسي هدفه في مساعدة الأهل في قبول المعاق عقلياً لا بد من مراعاة ما يلي:-

1- فهم شخصيات الوالدين ودوافعهم، وما يمارسونه من أساليب دفاعية ويعكسونه من ردود أفعال، وإشباع مطالبهم الانفعالية.

2- زيادة استبصار الوالدين بحالة الطفل عن طريق تزويدهما بحصيلة مناسبة من الحقائق العلمية والمعلومات اللازمة عن ابنهم.

3- تعريف الوالدين بحقوقهم كآباء لأطفال معاقين عقلياً.

4- تكييف مستوى التوقعات الوالدية عن أداء الطفل بما يتفق مع مستوى أدائه الفعلي وإمكاناته الحقيقية، ومساعدتهما على تبني نظرة موضوعية عملية

وفق إدراك واقعي لأبعاد مشكلته ودون مبالغة، وذلك حتى يتسنى لهما استخدام حلول ملائمة واتخاذ قرارات مناسبة بشأنها.

5- تبصير الوالدين بواجباتهما في رعاية الطفل المعاق عقلياً، وتطوير المهارات الوالدية اللازمة لكفالة المشاركة الفعالة في تعليمه وتدريبه من خلال أسرته.

6- مساعدة الوالدين وأعضاء الأسرة على الاستبصار بطبيعية الضغوط، وعوامل الإجهاد المرتبطة بإعاقة الطفل، وانعكاساتها السلبية على أداء الأسرة لوظائفها الاجتماعية، وعلى تهيئة مناخ أسري صحي وموقف عائلي متماسك أكثر تفهماً لاحتياجات أبنائها وطفلها المعاق، وأكثر توجهاً نحو إشباع هذه الاحتياجات.

وفيما يتعلق بإخوان الطفل المعاق عقلياً:

قد يؤدي وجود طفل معاق عقلياً إلى مشكلات تكيفية للأخوة العاديين وهم بحاجة بالتالي إلى خدمات نفسية، حيث يرغب أخوة المعاقين في معرفة أسباب الإعاقة ومستوى شدتها وما ستؤول إليه الأمور في المستقبل. ومن المفيد هنا الإجابة عن الأسئلة التي يريدون بصدق، واعتماداً على عمر الطفل ومستوى استيعابه، ويجب على الآباء البدء بمناقشة هذا الموضوع مبكراً مع أبنائهم.

وتؤثر الإعاقة العقلية على الأخوة تأثيراً محدوداً أو سلبياً أو إيجابياً في التكيف والتعايش المستقبلي.

ومن العوامل التي تؤثر على تكيف أخوة الأطفال المعاقين:

1- الوضع الاقتصادي والاجتماعي.

2- حجم الأسرة.

3- ترتيب الميلاد والجنس.

4- نوع الإعاقة وشدتها.

5- عدد الأخوة العاديين.

أما الأزمات التي يمر بها الآباء، فيمكن الإشارة إلى أهمها:-

هناك أزمات نمائية تعمل على عودة ظهور مشاعر الأسى والرفض والغضب والشعور بالذنب وما إلى ذلك، ويجب العمل على إرشاد الأسر خلال هذه الأزمات وهذه الأزمات هي:

1- مرحلة التشخيص.

2- العمر عن المشي.

3- العمر عند الكلام.

4- تقدم الأخوة الأصغر عمراً.

5- دراسة البدائل التربوية.

6- دخول مدرسة خاصة.

7- الأزمات السلوكية.

8- مرحلة المراهقة.

9- التفكير بمن سيقوم بالرعاية عند تقدم الوالدين بالعمر.

وتختلف الضغوط التي تواجهها أسر الأطفال المعاقين، لذلك فإن الجهود المبذولة لمساعدة الوالدين ودعمها، متنوعة ومختلفة، وتشمل مدى واسع من الخدمات، التي تتراوح بين إرشاد الأسر وإقامة شبكات دعم اجتماعية ومهنية متخصصة.

ويشير الدعم إلى معلومات وإجراءات تقود الشخص إلى الاعتقاد بأنه:

1- يحظى باهتمام الآخرين ورعايتهم.

2- جزء من شبكة تواصل والتزامات متبادلة.

3- يحظى بتقدير الآخرين واهتماماتهم.

ويعمل الدعم على التخفيف من أعباء الإعاقة والحد من توابعها السلبية سواء الجسدية أم النفسية. ويأخذ الدعم شكلين أساسيين هما:

1- الدعم الاجتماعي: وهو الذي تحصل عليه الأسرة من أعضاء الأسـرة الممتـدة ومن الأصدقاء والزملاء في العمل وغيرهم. وأهم فائدة له شعور الأسرة بمحبة ودعم وتفهم الآخرين لمشكلاتهم وحاجاتهم. وكذلك دعم الزوج لزوجته.

2- الدعم الرسمي أو المهني: والذي يقدم عـن طريـق المؤسـسات والجمعيـات الخاصة أو العامة والأطبـاء والاختـصاصيين النفـسيين واختـصاصي التربيـة الخاصة.

أنواع الدعم:

1- الدعم العاطفي: هو حاجة ذات أهميـة خاصـة فيمـا يتعلـق بقبـول إعاقـة الطفل والتعايش مع الصعوبات التي تفرضها إعاقته.

2- الدعـم المعلوماتي: هـو حاجـة الأسـرة للحـصول علـى معلومـات كافيـة وصحيحة عن سبب الإعاقة وطبيعتها، ومـا يمكـن عملـه لمـساعدة الطفـل المعاق وتزويد الأسـرة بالمعلومـات المناسـبة في الوقـت المناسـب، وبطريقـة تتلاءم وحاجات الأسرة الفردية وخصائصها، لتبادل المعلومات وكـثيراً مـا يوجه الآباء والأمهات إلى الطرق المناسبة للتعامل مع الحالة ومع المشكلات المرتبطة بها.

3- الدعم القانوني والأخلاقي: لقد جاءت أهمية الدعم القـانوني مـن خـلال حاجة الأطفال إلى الخدمات التربوية والنمائية، فهـم ليـسوا بحاجـة فقـط إلى الخدمات الطبية، فالمعاق لا يتطور ويتقدم دون تدخل علاجي تربوي فاعـل. ويجب أن يكفل القانون توفير الفرص للتعلم لجميع الأطفـال والعمـل علـى إجـراء التعـديلات اللازمـة علـى نمـط الخـدمات التربويـة، وتزويـد الآبـاء بالتدريب اللازم والانتباه الكافي لممارسة حقوقهم.

هذا ولا توجد طريقة جامعة واحدة للإرشاد النفسي لأسـر المعـاقين عقليـاً، نظراً لاختلاف حاجاتهم الإرشادية، وأوضاعهم الثقافية والاقتصادية والاجتماعية، والمراحل التي يتقدمون فيها لطلب المساعدة وتوقيت عملية التدخل الإرشادي، لـذا

فإنه من الضروري أن يكون المرشد على معرفة بالطرق الإرشادية جميعها، بحيث يمكنه اختيار الأسلوب حسب الموقف واحتياجات المسترشد.

ويستطيع المرشدون استخدام نوعين من الإرشاد الفردي أو الجمعي في عملية الإرشاد لأسر المعاقين عقلياً:

1- **الإرشاد الفردي**: يعد الإرشاد الفردي بمثابة نقطة الارتكاز في عملية الإرشاد وبرامجه، ولعل من بين أهم العوامل التي تحتم الإرشاد الفردي كطريقة للعمل مع والدي المعاقين عقلياً ما يكلفه من خصوصية في العلاقة الإرشادية من جانب، وتنوع الاحتياجات الإرشادية للمسترشدين والفروق الفردية بينهم، يستخدم مع الوالدين ذوي الحاجات الفردية الواضحة وهم يتميزون بخصائص نفسية وسلوكية تستدعي الانتباه والمعالجة الفردية. حيث يستفيد منه الوالدان الذين يبدون ميلاً للاعتماد العاطفي، أو يتميزون بوجود نزعات عصابية أو ذهانية أو عدوانية. حيث أن وجودهم مع الجماعة في حالة الإرشاد الجمعي قد يؤدي إلى تفكك الجماعة بسبب إصرارهم على لفت الانتباه لحاجاتهم الشخصية، لذلك فالإرشاد الفردي يسمح للمرشد بأن يكيف العملية الإرشادية لتناسب حاجات المسترشد وتمكنه من السيطرة وضبط إشباع حاجاته الخاصة.

2- **الإرشاد الجمعي**: وهو أهم طرق الإرشاد النفسي المكملة للإرشاد الفردي، حيث تتم العملية الإرشادية في موقف جماعي مع أسرة المعاقين عقلياً لمناقشة همومهم وانفعالاتهم، ويهدف إلى فهم الأسرة للمعاق ومساعدتهم على تعديل أو تغيير اتجاهاتهم، وتطوير قدراتهم على التعامل مع مشكلاتهم على أسس واقعية وبطريقة بناءة، ويهدف إلى إعادة تكامل الشخصية وتكيفها مع الواقع والحقيقة ويستخدم كذلك لتقديم المعلومات. فيعمل المرشد على استخدام الأساليب والعمليات الإرشادية والتربوية الجماعية من أجل العمل على خفض التوتر وفهم سلوك الطفل المعاق والمساعدة في التعرف على الأساليب المناسبة لمعالجة القضايا والمشاكل المحددة للطفل.

ومن القضايا التي يعالجها الإرشاد الجمعي قبول الوالدين للطفل المعاق والتحرر من مشاعر الذنب والخجل والعار وتعديل طموحاتهم الخاصة بالطفل المعاق بشكل يتناسب وقدراته الحقيقية وتجنب تدليل الطفل وإعطائه مزيداً من الرعاية التي قد تؤثر في اتجاهات الأخوة نحوه وتؤثر في علاقاتهم معه. كذلك مشكلات الطفل المعاق الجنسية وما يتعلق بإلحاقه بمؤسسات الرعاية الخاصة أو إبقائه في الأسرة وما يرتبط بمستقبله وما تستطيع الأسرة أن تقدم هل من مساعدة سواء في مجال الأسرة أو المدرسة أو المؤسسة.

أما أهم نظريات الإرشاد التي تطبق مع أسر المعاقين عقلياً، فهي:-

1- التحليل النفسي: حيث تهتم بالشخصية ومكوناتها (الهو، الأنا، الأنا الأعلى).

2- الإرشاد السلوكي: والذي يستند أساساً إلى نظريات التعلم وتغير السلوك الظاهر.

3- الإرشاد الإنساني: جاء كرد فعل للمنحى التحليلي وهو يركز على عواطف ومشاعر المسترشد وليس سلوكه.

4- الإرشاد الجشطالتي: يركز على ضرورة التعامل مع الإنسان وفق منحى كلي وليس تبعاً لإطار تحليلي وهو يهتم بالحاضر وليس بالماضي.

5- التحليل التفاعلي: يقوم على تحليل الأنماط التفاعلية.

6- العلاج العقلاني العاطفي.

7- العلاج الواقعي: يركز على أن لكل إنسان هوية.

8- الإرشاد النفسي الديني: يعد الإرشاد الديني من أنجح أساليب الإرشاد في مساعدة الوالدين في التخفيف من مشاعر الصدمة وتحريكهما نحو الرضا عما أصابهما وتقبل ابنهما المعاق عقلياً. ويعتبر تدين الوالدين من أهم العوامل المؤثرة في نمط استجابتهما وطبيعة ردود فعلهما إزاء أزمة الإعاقة العقلية وعلى أساس أن الإيمان بقضاء الله وقدره، هو من أهم مصادر

السكينة والطمأنينة والأمن النفسي، وللتكيف مع المتغيرات والأحداث من حولنا والسيطرة على مشاعر القلق والخوف والجزع واليأس التي تولدها المصائب والأحداث الأليمة والمفجعة في حياتنا وذلك بالصبر على المكاره والتحرر من مشاعر الإثم والتحلي بروح الأمل والتفاؤل والأخذ بالأسباب، وتحمل المسؤولية، عن طريق العمل الموضوعي في مواجهتها ابتغاءً لرحمة الله ومثوبته. هذا وهناك اعتبارات خاصة **بإرشاد أسرة الطفل المعاق عقلياً، ومن أهمها:-**

1. تجنب استخدام مصطلحات لا يعرفها الوالدان واستخدام اللغة التي يفهمها بسهولة.
2. مساعدة الوالدين على تحقيق أهداف واقعية ممكنة.
3. توضيح طبيعة المشكلة التي يعانيها الطفل للوالدين بصراحة.
4. عدم توجيه الانتقادات أو إلقاء المحاضرات على الوالدين.
5. الإصغاء الجيد أكثر من الكلام.
6. تزويد الوالدين بكامل المعلومات عن طفلهما.
7. مقابلة الوالدين كلما سمحت الظروف بذلك.
8. التعامل مع الوالدين بأنه لا أحد غيرهما يحق له اتخاذ القرارات النهائية بشأن طفلهما.
9. التصرف مع الوالدين بطريقة مهنية ناضجة.
10. عدم إلقاء اللوم على الوالدين أو إشعارهما بأنهما سبب مشكلة طفلهما.
11. النظر إلى مشكلة الطفل من وجهة نظر والديه.

ومن أهم الصفات التي يجب أن يتحلى بها من يقوم بالإرشاد:

1- معرفة عامة بالأبعاد السلوكية والاجتماعية والتربوية والتأهيلية للإعاقة العقلية.

2- معرفة مصادر الخدمات والمعلومات.

3- الكفاية في مجال ومبادئ الإرشاد وأساليبه.

4- خبرة عملية في مجال الإعاقة العقلية.

5- اتجاهات إيجابية صادقة نحو الإعاقة العقلية والمعاقين ووالديهم.

6- معرفة الاتجاهات المعاصرة في التعامل مع المعاقين عقلياً التي تركز على إطار بيئي.

7- الرغبة في تخطي الأساليب التقليدية في مساعدة الوالدين.

8- التحلي بالصبر.

أنواع الرعاية والعلاج:

رعاية المعاقين عقلياً أمر ضروري تحتمه الضرورة الاجتماعية والإنسانية، ولا بد أن يوفر كل مجتمع الرعاية والعلاج المناسبين لأبنائه المعاقين عقلياً وغير المعاقين إذا أراد أن يعدهم للمستقبل مواطنين صالحين. وثبت لنا من الدراسات السابقة عن أثر الإعاقة العقلية على الفرد والأسرة والمجتمع أن الشخص المعاق عقلياً إذا أهملنا رعايته وعلاجه، يؤذي نفسه، ويؤذي غيره بدون وعي أو تبصر، ويكون عبئاً ثقيلاً على أسرته، يكلفها جهداً كبيراً، ومالاً كثيراً. وعلى العكس من ذلك يمكن أن يكون المعاق عقلياً مواطناً صالحاً، يعتمد على نفسه، ويتحمل مسؤولياته الاجتماعية والشخصية، إذا توفرت له الرعاية والعلاج، وحصل على حقوقه مثل غير المعاقين.

ويتضمن علاج ورعاية المعاقين عقلياً الخدمات التي تساعدهم على تحسين وضعهم في البناء الاجتماعي مثل العلاج الطبي والنفسي، والتعليم في معاهد خاصة، والتدريب على مهنة، واكتساب السلوك الاجتماعي وسوف نتحدث عن كل نوع من هذه الخدمات بشيء من التفصيل.

أولاً: العلاج الطبي:

الإعاقة العقلية مشكلة طبية أشرنا فيما سبق إلى العوامل العضوية والبيوكيمائية التي تسببه. ويهدف العلاج الطبي إلى القضاء على أسباب الإعاقة العقلية العضوية والوقاية منها، مثل علاج أخطاء التمثيل الغذائي، ووجود الأحماض في بول ودم المريض وأخطاء تركيب الدم، في وقت مبكر، للوقاية من حدوث تلفيات الدماغ التي تسبب الإعاقة العقلية. كما يهدف العلاج الطبي أيضاً إلى تقوية خلايا وأنسجة الجهاز العصبي والدماغ حتى تستطيع أن تقوم بواجباتها، وتتحمل تعويض الخلايا والأنسجة التالفة.

ويهتم الأطباء اهتماماً كبيراً بدراسة أسباب الإعاقة، والعوامل العضوية المعوقة للنمو الجسمي والذهني، ويحاولون اكتشافها بعد الولادة مباشرة حتى يمكن علاجها، قبل أن تفعل فعلها، وتتلف الدماغ، وأنسجة الجهاز العصبي. وتجرى الآن محاولات جبارة يقوم بها الأطباء وعلماء الوراثة وعلم الخلايا الحية والكيمياء الحيوية في هذا المجال، سوف نشير إلى بعضها فيما يلي:

1- علاج أخطاء التمثيل الغذائي:

تجري دراسات كثيرة لاكتشاف أخطاء التمثيل الغذائي بعد ولادة الطفل مباشرة، كان من نتائجها الكشف عن وجود حوالي (30) عاملاً تسبب أخطاء التمثيل الغذائي عند الطفل. وتوجد ثلاثة طرق للكشف عن أخطاء التمثيل الغذائي:-

(أ) استخدام ورق الترشيح للكشف عن وجود أحماض أمينية في البول، واختبار لتقدير كمية حامض الفينيل ألينين في الدم.

(ب) الكشف عن أحماض فيناليك واندوليك.

(جـ) الكشف عن أحماض أمينية باستخدام التحليل الكهربائي والتمثيل المائي.

ولا تزال التجارب مستمرة في علاج العوامل التي تسبب أخطاء التمثيل الغذائي، من أحدثها ما يقوم بها أطباء الدانمارك من إجراء تحليل للكشف عن وجود بعض الأحماض الأمينية، مثل ألينين والفينيلكتون يوريا، والكشف عن

(R.H.F) السالب والموجب، فإذا ثبت وجودها في دم الطفل، يسحب ويستبدل بدم جديد في الأسبوعين الأولين بعد الميلاد مباشرة، قبل أن يسبب تلفيات في الدماغ أو في الأنسجة العصبية.

2- العلاج بالعقاقير:

من أشهر العقاقير المستخدمة في علاج الإعاقة العقلية أقراص الجلوتامين (Glutamin)، حيث شاع بين الأطباء أو الجلوتامين يزيد الذكاء ويقوي الذهن. واستمدوا معلوماتهم من تجارب على الحيوانات وجدوا أنها ساعدت على زيادة تعلمها السير في المتاهات وزيادة نشاطها وتصرفاتها، ومن تجارب على الإنسان وجدوا أنها ساعدت على زيادة نسب الذكاء، وعلاج اضطرابات التعلم، ففي تجربة زيمارمان وزملائه (Zmmarman Putnam, and Burgemaniester) اتضح لهم زيادة نسب ذكاء الأطفال المعاقين عقلياً (6) درجات بعد ستة شهور من العلاج بأقراص الجلوتامين. في حين نقص ذكاء الأطفال المعاقين عقلياً الذين لم يتعاطوا العلاج (مجموعة ضابطة) درجة ونصف بعد ثلاثة سنوات من التجربة.

وفي دراسة بلار وهيرولد (Blair & Herold) وجد أن الكاوربروميزين (Chlorpromizene) ساعد على زيادة نسبة الذكاء درجة واحدة. وتشير دراسات كثيرة إلى عقاقير أخرى تستخدم في علاج الإعاقة العقلية مثل سنتروينوكسين (Centrophanoxine) وآنيورين (Aneurine) وبيردوكسين (Pyridoxin) ودايمكس (Diamax) وغيرها.

ومهما يكن من شيء فإن علاج الإعاقة العقلية بالأدوية والعقاقير الطبية لا يزال قيد الدراسة والبحث. ففي دراسة أوزيك (Ozek) سنة (1964) على (30) طفلاً معاقاً عقلياً، عالجهم بحبوب بيرثيوكسين (Pyrithioxine)، لم يصل إلى نتائج ذات قيمة علمية، لذا أشار إلى أن العلاج الطبي في ميدان الإعاقة يجب أن يتضمن الآتي:

1- علاج البيئة أولا وجعلها تتقبل الطفل وترضى عن تصرفاته، من غير اعتقاد في الشياطين، والأرواح الشريرة والأحجبة والأدعية.

2- العلاج النفسي ذو أهمية كبيرة في التخفيف من آثار الإعاقة العقلية على الفرد وأسرته والمجتمع.

3- لا بد من التفاؤل في هذا الميدان وتوقع تحسن السلوك، وارتقاء الاستجابة، وزيادة مستوى الذكاء بالتربية والتدريب.

4- العقاقير مفيدة في علاج الإعاقة العقلية، لأنها تساعد المناطق السليمة في الدماغ على القيام بعمليات التعويض، بدلاً من المناطق التالفة.

5- يجب ألا نكون متفائلين أكثر من اللازم فنعتقد أن العقاقير الطبية سوف تعيد الحياة إلى الأنسجة العصبية التالفة.

6- العلاج الطبي مفيد جداً في الوقاية من الإعاقة العقلية قبل حدوث تلفيات الدماغ، فعلاج العوامل التي تسبب الإعاقة العقلية في الطفولة المبكرة، أو بعد الولادة مباشرة يساعد في الوقاية. وهذا أفضل بكثير من علاج التلفيات بعد حدوثها.

ويرى أوتنجر (Oettinger) أن العلاج النفسي ضروري للشخص المعاق عقلياً، أو المضطرب عقلياً، أو المنحرف سلوكياً، أو المتأخر دراسياً إلى جانب العلاج الطبي. ويذهب كيرمان (B. H. Kerman) إلى أن العلاج الطبي ليس مطلوباً لجميع حالات الإعاقة العقلية، لأن أسباب الإعاقة كثيرة، ولا يشفيها مصل واحد. كما أن كثيراً من حالات الإعاقة العقلية الشديدة مصابة بتلفيات في الدماغ وعلاج تلفيات الدماغ ليس ميسوراً حتى الآن. لذا يقول كيرمان إن كل ما يمكن أن نقوله إمكانية العلاج الوقائي (Perventive treatment) لبعض الحالات مثل القصاع (Cretenism) وحالات جلاكينوس يوريا (Glactosuria)، وحالات الفنيلكتون يوريا (Phenylketonuria) باستئصال أسبابها قبل حدوث تلفيات الدماغ والأنسجة العصبية.

واشتد الاحتجاج على الأطباء الذين يخدعون الآباء ويطمئنونهم بإمكانية شفاء أطفالهم باستخدام علاج، أو دواء معين. فقد يقرر بعض الأطباء أن حبوب كذا سوف تشفى الطفل المعاق عقلياً تماماً، أو إذا استعمل الطفل دواء كذا سوف

يشفى تماماً عندما يبلغ سناً معيناً، يحدده البعض بسن (12، 18، 20، 21)، مثل هذا التقرير ليس صحيحاً، حتى ولو كان لمجرد الاطمئنان. ولا بد أن يدرك كل طبيب حقيقة العلاج الطبي وإمكانياته، ويقرر صعوبة إصلاح ما أفسد، وأن يوضح حقيقة المشكلة للوالدين، ويرشدهم إلى ما يجب عمله مع الطفل قبل فوات الأوان، وأن يقنعهم ألا يعلقوا آمالاً كبيرة على العلاج الطبي وحده، وألا يتجاهلوا أنواع العلاج الأخرى.

ثانياً: العلاج النفسي:

تصنف الإعاقة العقلية إلى إعاقة عقلية مستقرة، واخرى غير مستقرة (Stable & Unstable)، ويعاني الصنف غير المستقر من اضطرابات وجدانية، واهتزازات في الشخصية، وضعف في القدرة على تكوين علاقات شخصية واجتماعية. مثل هذه الحالات في حاجة إلى العلاج النفسي لمساعدتها على أن يعيشوا في سلام مع أنفسهم، ومع الآخرين، وأن يتغلبوا على معوقات سلوكهم وتكيفهم.

ويقوم العلاج النفسي مع حالات الإعاقة العقلية على أساس تكوين علاقة طيبة مع العميل، وإعادة الروابط بينه وبين المجتمع، ومنحه العطف والحنان، وإزالة مخاوفه التي اكتسبها من البيئة القاسية التي كان يعيش فيها، ومساعدته على التكيف الاجتماعي مع الأسرة وفي المجتمع. لذلك كان من أهم أهداف العلاج النفسي، تدريب العميل على حل مشكلاته، وتصريف أموره، وغرس ثقته بنفسه، وإدراكه لإمكانياته المحدودة، وتبصيره بها، وكيف يستغلها، ويستفيد منها.

خطوات العلاج النفسي:

يبدأ العلاج النفسي بأهداف بسيطة تزداد في الصعوبة تدريجياً بحسب إمكانيات العميل، ومستواه الذهني والشخصي، ويمر بعد خطوات مترابطة هي:-

1- يبدأ المعالج في المرحلة الأولى بإزالة مخاوف العميل نحو أسرته والمجتمع، وتصحيح بعض المفاهيم البسيطة عن المجتمع والناس، لأن كثيراً من الأطفال

المعاقين عقلياً يلقون الاستهجان والقسوة في المعاملة، ولا يجدون الأصدقاء الذين يرتبطون بهم، فيعيشون في مخاوف، وعدم ثقة في أنفسهم وفي الناس.

2- في الخطوة الثانية يعمل على تخليصه من نزعاته العدوانية تجاه الناس، واتجاه نفسه، لأن المعاملة القاسية والحرمان من العطف والحنان تجعل الطفل قاسياً في معاملته لنفسه، وللأطفال الآخرين.

3- زيادة ثقة الطفل بنفسه وبالناس، وتبصيره بإمكانياته، وقدراته الشخصية، وكيف يستغلها، ويستفيد منها إلى أقصى قدر ممكن. ويقوم التبصير الذاتي على أساس جعل الطفل يشعر بخبرات النجاح في العمل، وتجنيبه مواقف الإحباط والفشل. فيبدأ الأخصائي معه من العمليات التي يستطيع القيام بها في سهولة ويسر ويشجعه ويمدحه ويكافئه، حتى تزداد ثقته في إمكان قيامه بعمل يرضى عنه الآخرون.

4- مساعدة الطفل على أن يتقبل حالته الذهنية من غير أن يشعر بالإحباط، وأن يتقبل دوره في الحياة في حدود إمكانياته المحدودة، وأن يتدرب على مواجهة مواقف الفشل من غير أن تسبب له شعوراً بالإحباط.

5- تصحيح مفاهيمه عن الأسرة والمجتمع، ومساعدته على تكوين علاقات طيبة مع الجميع، وإعادة روابطه الأسرية. فيعمل الأخصائي على جعل الطفل يشعر بالحب نحو والديه، وأخوته وزملائه.

6- شعوره بأهميته في الحياة، وبقيمته الاجتماعية في البناء الاجتماعي، وبأن المجتمع في حاجة إليه شأن غيره من الأطفال. فيدربه الأخصائي على تحمل مسئوليته في الحياة، ويبدأ معه بتحمل مسئولية العمل البسيط الذي يستطيع القيام به، ويغرس فيه الشعور بالمسئولية تجاه تصرفاته وسلوكه.

7- تدريبه على الضبط الوجداني، وكيف يتحكم في نزواته، ويواجه غرائزه الطارئة، ويدربه على تأجيل اللذة وتوقع المستقبل.

8- مساعدته على وضع تخطيط عام لسلوكه ونشاطه، يتفق مع قدراته واستعداداته الذهنية والشخصية والاجتماعية.

ويستخدم العلاج النفسي بجميع مستوياته وفروعه مع المعاقين عقلياً، مثل العلاج المباشر وغير المباشر، والعلاج الفردي والجمعي، والعلاج باللعب والعمل... الخ. ولا يهدف العلاج إلى الشفاء التام، إنما يهدف إلى مساعدة الطفل على تكوين نمط جديد للسلوك المقبول من المجتمع، والتخلص من الاضطرابات النفسية. وتشير دراسات كثيرة إلى تحسن المعاقين عقلياً في النواحي الذهنية والشخصية والاجتماعية بالعلاج النفسي. ففي دراسة ماندى (Mundy) أدى العلاج باللعب إلى تحسن حالة الأطفال المعاقين عقلياً من المرتبة الوسطى في النواحي الذهنية، والاجتماعية والشخصية بعد مدة من العلاج دامت حوالي من (9-13) شهراً.

ومهما يكن من شيء فإن العلاج النفسي مشكوك فيه كوسيلة علاجية الإعاقة العقلية، لأن العلاج بمعناه يقوم على رمزية السلوك، والتعبير اللغوي، والمعاق عقلياً يعاني من ضعف الحصيلة اللغوية، والقدرة على التعبير. كما أن العلاج النفسي ضروري للأطفال الذين يعانون من صراع نفسي، ونسبة هؤلاء قليلة جداً بين المعاقين عقلياً.

ولا يخفى عن أذهاننا جميعا أن مشكلات المعاقين عقلياً مشكلات سطحية بسيطة، ليست في حاجة إلى العلاج النفسي المتعمق، ويكتفي فيها بالإرشاد والتوجيه النفسي الذي يؤدي على تعديل السلوك وعلاج المشكلات اليومية الشائعة.

ثالثاً: العلاج التربوي[1]:

لقيت مشكلة تعليم المعاقين عقلياً اهتماماً كبيراً منذ القرن (19) فأنشأت

---

(1) إذا أخذنا التعليم بمعناه الأكاديمي، وهو تعليم القراءة والكتابة والحساب (3 Rs)، سوف نصنف المعاقين عقلياً إلى أشخاص تتوفر عندهم القابلية للتعلم، وأشخاص لا تتوفر عندهم هذه القابلية. وإذا أخذناه بالمعنى العام الواسع وهو تعليم الطفل كل ما يفيده في الحياة "ويسمونه بتعليم اليد والرأس والقلب Hand, Head and Hart (3 Hs)، فإن جميع المعاقين عقلياً يتوفر لديهم القابلية للتعلم مهما كان مستواهم الذهني.

كثير من الدول الصفوف الخاصة، وانتشرت معاهد التربية الفكرية، وتخصص المعلمون والمعلمات في تعليم المعاقين عقلياً[1].

ويهدف أي برنامج تربوي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة إلى مساعدة المعاقين على التكيف الاجتماعي[2] وتدريبهم على رعاية أنفسهم وتعويدهم على اللبس والأكل، وعادات النظافة والتواليت، وتعريفهم بدورهم في الحياة الاجتماعية ومكانتهم في البناء الاجتماعي، ومساعدتهم على تكوين علاقات اجتماعية مع الناس. ثم يأتي بعد ذلك تعليمهم القراءة والكتابة إذا ساعدتهم إمكانياتهم الذهنية والشخصية على تحصيلها. وتوجد عدة طرق لتعليم المتخلفين عقليا من أهمها:-

أ) طريقة ايتارد لتعليم المعاقين عقلياً:

عندما حاول إيتارد أن يعلم طفل الغابة المتوحش (The Wild Boy of Averon) اتبع معه الخطوات الآتية:

1- تعليم الطفل العادات الأساسية التي يعرفها أولاً. وهذا مبدأ تربوي هام، فيكون الطفل ما يعرفه أولاً ثم ما لا يعرفه بعد ذلك.

2- تنبيه جهازه العصبي عن طريق تدريب حواسه الخمس، ومساعدته على التمييز الحسي، وزيادة مرونته في استخدام حواسه.

3- تعديل رغباته ونزعاته الحسية الحيوانية، وتدريبه أيضاً على تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين.

---

(1) تضم معاهد المعلمين والمعلمات وكليات المعلمين أقساما خاصة لإعداد معلمين ومعلمات متخصصين في تعليم الشواذ. كما تمنح وزارة التربية والتعليم في الجمهورية العربية المتحدة المعلمين الأكفاء في المرحلة الابتدائية فرصة التخصص في تعليم الشواذ عن طريق البعثات الداخلية.

(2) يقول جون ستيورت مل J. S. Mill لا نقصد بالتعليم ما يدور في رحاب الجامعات أو في المدارس، إنما عبارة عن كل المؤثرات المباشرة التي تؤثر في الفرد. يقول ميلتون Mileton إن التعليم الكافي في نظري هو الذي يؤهل الإنسان لأن يؤدي ما عليه من المسئوليات العامة والخاصة في الحرب والسلم بنزاهة وخلق رضي.

واهتم سيغان (Seguin , 1846) بهذه الطريقة فعمد إلى تدريب الحواس، وتنمية المهارات، ونادى بالتدريب الحسي، وضرورة تهيئة الفرصة أمام المعاقين عقلياً حتى يكتشفوا البيئة التي يعيشون فيها، ويلمسوا بأيديهم كل شيء سواء كان صحيحاً أو خاطئاً. ونصح سيغان بعدم استخدام أسلوب التحذير والتأنيب في تعليمهم وأشار إلى أربعة مبادئ ضرورية في تعليم المعاقين عقلياً وهي:-

1- أن تكون الدراسة للطفل ككل.

2- أن تكون الدراسة للطفل كفرد.

3- أن تكون العلاقة قوية بين المعلم والطفل.

4- أن يجد الطفل في مواد الدراسة إشباعا لميوله ورغباته وحاجاته.

ب) طريقة منتسوري (Maria Montessori) سنة (1897):

منتسوري سيدة إيطالية، اهتمت بتعليم الأطفال المعاقين عقلياً، وكان لها منهاج تربوي مشهور، (لا يزال يطبق معظم مبادئه في تعليم المعاقين عقلياً حتى يومنا هذا). يقوم على الربط بين التعليم في المدرسة والتعليم في المنزل، ليكون التعليم في المدرسة استكمالاً للتعليم في المنزل. ونصحت منتسوري بأن تعمل المعلمة على خلق جو من الطمأنينة والحب ليعبر الطفل بحرية عن نفسه، وعن مشاعره، وأن يقوم توجيهها على الإرشاد والمكافأة التي تعبر مفتاح التعليم.

واهتمت منتسوري بالتعليم الحسي وتدريب الحواس الخمس، واتبعت في ذلك الخطوات الآتية:

1- تدريب حاسة اللمس عن طريق الورق المصنفر المختلف في سمكه وخشونته.

2- تدريب حاسة السمع عن طريق علب بها مسامير وماء وخشب وعلب فارغة بقصد إصدار أصوات مختلفة النغمة.

3- تدريب حاسة التذوق عن طريق التمييز بين الأطعمة المختلفة.

4- تدريب حاسة الشم عن طريق التمييز بين الروائح الطيبة والنفاذة.

5- تدريب حاسة الإبصار عن طريق التمييز بين الألوان والأشكال والأحجام.

6- زيادة اعتماد الطفل على نفسه.

وعموماً تقوم طريقة منتسوري على البساطة والإيجاز والموضوعية، ولكن يؤخذ عليها اهتمامها الكبير بالوظائف الحسية، أكثر من اهتمامها بالوظائف النفسية وعدم وضوح الهدف من برنامجها.

جـ) طريقة ديكرولي (Dr. Decroly) سنة (1920):

كان الدكتور ديكرولي من علماء الطبيعة الفرنسيين. أنشأ مدرسة لتعليم المعاقين عقلياً بباريس، سماها مدرسة تعليم الحياة من الحياة (L, ecole de h Vie Par La vie) ركز فيها على تعليم الطفل ما يريده ويرغب فيه، وتعليمه الأخلاق الطيبة، وتعديل سلوكه، وتخليصه من العادات السيئة، وتدريبه على تركيز الانتباه ودقة الملاحظة وتنمية قدرته على التمييز الحسي. ويقوم منهج ديكرولى ومساعده الدكتور ديسكودرز (Dr. Descoudres) على تعليم الطفل من خلال لعبه، واستغلال الخبرات التي تعترض حياته، تعليمه وإكسابه المعلومات والعادات الاجتماعية المقبولة.

وظهرت بعد ذلك عدة مناهج تربوية من أشهرها منهج جون ديوي (Dewey) الذي يقوم على تعليم الطفل من خلال خبرته اليومية سماه منهاج التعليم من خلال الخبرة (Learning through experience). وطريقة أنسكيب (Anskeep) التي تقوم على تعليم المعاقين عقلياً عن طريق اليد والرأس والقلب.

والتعليم بمعناه الواسع يتضمن كل شيء يؤثر في الطفل، يكون من شأنه أن يكسبه شيئاً جديداً في النواحي الاجتماعية والذهنية والسلوكية والجسمانية. وهذا التعريف يعني أن جميع المعاقين عقلياً تتوفر لديهم القابلية للتعلم، ولكنهم يتفاوتون في مدى هذه القابلية، فمنهم من يتسع وسعه الذهني بحيث

يمكنه تعلم القراءة والكتابة والحساب، ومنهم من لا يتسع وسعه إلا لتعليم العمليات الاجتماعية والتدريب على بعض المهارات اليدوية. لذلك تختلف برامج تعليم الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية بسيطة كماً وكيفاً عن برامج الأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية شديدة أو متوسطة. (راجع الوحدة السابعة).

رابعا: العلاج الاجتماعي[1]:

تعاني حالات الإعاقة العقلية من تأخر في النضوج الاجتماعي، وفشل في التكيف واكتساب العادات الضرورية في الحياة، وغباء التصرف والسلوك في المواقف التي تعترض حياتهم، وجمود العلاقات الاجتماعية، وفشل في الاستفادة من الخبرات السابقة، وتكرار الوقوع في المحظور، ومخالفة المألوف من غير وعي أو تبصر، وهروب من تحمل المسئولية الشخصية والاجتماعية[2]. وهي في حاجة إلى الرعاية والتربية والتوجيه والإرشاد المستمر.

والعلاج الاجتماعي مهمة شاقة، لا تقل أهمية عن العلاج الطبي والنفسي والتربوي.

وهو لا يقتصر على علاج الفرد المعاق عقلياً فقط بل يمتد إلى علاج البيئة الاجتماعية والأسرة التي أتى منها ويعود إليها.

---

(1) نقصد بالعلاج الاجتماعي كل محاول لإخراج حالات الإعاقة العقلية من حيز الإعالة التامة، والاعتماد على الآخرين كلية إلى مجال الإنتاج المحدود، والاعتماد على النفس كلياً وجزئياً. كما نقصد به إعداد الأسرة والمجتمع لتقبلهم بإمكانياتهم المحدودة.

(2) لا يتحمل الطفل المعاق عقلياً مسئوليته تجاه حاجاته الأساسية في الأكل والشرب واللبس والنظافة والتحكم في عمليات الإخراج، ولا يتحمل الفتى أو الراشد البالغ من المعاقين عقلياً ومسئولياته تجاه الأسرة والمدرسة والمجتمع. ويفشل الرجل أو الشاب المعاق عقلياً في تحمل مسئولياته في الحصول على عمل وتكوين أسرة يعولها وينفق عليها، وإذا كون أسرة يكون في حاجة إلى من يعوله ويعولها وينفق عليهما معاً.

إذن يمكن للأسرة والمدرسة والمجتمع أن يقدم العون والمساعدة والتعضيد والرعاية للمعاقين عقلياً، حتى نحيلهم إلى طاقة منتجة بدلاً من البقاء عالة على المجتمع، وعلى ذويهم، وحتى نعيد إليهم البسمة والتكيف أو التوافق.

في معظم الأنظمة المدرسية الكبيرة هناك محاولات لتدريب المعلمين أو المعلمات الجدد ومعلمي الصفوف الخاصة لتدريس المعاقين عقلياً، لفئة الإعاقة العقلية البسيطة والفئة العليا من أرباب الإعاقة العقلية المتوسطة، وهناك محاولات لتعليم هؤلاء الأطفال القراءة والكتابة والمهارات المهنية لكي يتمكنوا من الحصول على وظيفة مناسبة مع ما تبقى لديهم من قدرات واستعدادات عقلية وجسمية.

على كل حال، المجهود الأكبر نحو إكساب هؤلاء الأطفال المهارات الشخصية والاجتماعية لكي يتمكن الطفل من رعاية نفسه وتدبير نفسه مع الحد الأدنى من الإشراف اللازم له أو أقل من الإشراف عليه. من ذلك إلباس نفسه وتنظيف جسمه وقضاء حاجاته وتناول طعامه وتنظيف مائدة الطعام... الخ.

الوحدة السابعة

المناهج التربوية للمعاقين

- أساليب تعليم الأطفال المعاقين عقلياً.
- أهداف تربية المعاقين عقلياً.
- أهداف البرامج التربوية التأهيلية
- الأسس التي تقوم عليها مناهج المعاقين عقلياً
- اعتبارات أساسية في تدريس القابلين للتعلم
- المناهج التربوية للمعاقين القابلين للتعلم.
- البرامج التعليمية للإعاقة العقلية المتوسطة (القابلين للتدريب)
- مناهج الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتدريب.
- مناهج الأطفال شديدي الإعاقة العقلية أو الاعتماديين.
- التأهيل المهني

الوحدة السابعة

المناهج التربوية للمعاقين

أساليب تعليم الأطفال المعاقين عقلياً

إن تعريف الإنسان على أنه المعاق عقلياً ينمي الاتجاه العام إلى توليد نوع من التمييز ضدهم (لأن في ذلك تصنيف لهم كفئة متميزة تبعدهم عن الوضع الطبيعي للإنسان)، إن عزل هؤلاء عن غيرهم بالمجتمع يعيق تقدم قدراتهم الشخصية بشكل مناسب ويؤخر التنافس الاجتماعي فيما بينهم وبين الآخرين، إن هذه الأفكار في عزلهم لها أثر كبر في إحداث مشاكل وصعوبات، وإيجاد وتدريب الجهاز الذي يمكن أن يتولى رعايتهم والتقاليد بمثل هذه الحالة تشعر هذا الجهاز العامل مع المعاقين بالعيب، ومثل هذه الاتجاهات تزول عندما تتوسع الخدمات التي تقدم للمعاقين عقلياً من خلال برامج تهدف إلى انخراطهم بالمجتمع وتوفير الخدمات الصحية في سن ما قبل المدرسة وأثناء المدرسة لهم، إن التعليم الخاص الأساسي هو رفع مستوى الأطفال وإتاحة الفرص اللازمة لهم لمساعدتهم في تنمية إدراكهم ومهاراتهم المدرسية والاجتماعية إلى أعلى حد ممكن، وفي الخطة العامة بهذا الخصوص تستدعي الحاجة إلى تحضير خطة لكل طفل منهم منذ سنه المبكر مع إضفاء شيء من المرونة عل هذه البرامج (يمكن تغييرها بين فترة وأخرى حسب الظروف).

وهناك عاملان تساعد معرفتهما على توضيح الطرق والأساليب التي يمكن من خلالها أن تتم عمليات التعليم والتدريب للأطفال المعاقين عقلياً وهما:-

1- معرفة المعوقات التعليمية لكل شخص فإما أن تكون هذه الإعاقات من الشخص إما وراثية أو حسية أو من المجتمع أو بسبب الحرمان الثقافي والذي يعود لفقر وسوء التغذية... الخ، أو عدم التكامل في المدارك أو انزعاج من الإعاقة البسيطة أو مشاكل في الرؤيا.

2- مشاكل السلوك العام أو ضعف في الدوافع والتي تنتج عن الاضطراب النفسي، ومن آثاره عوامل إصابات في المخ.

وربما يكون مفيداً أن نتذكر أن الإعاقة العقلية هي انخفاض في الذكاء، أنه ليس توقفاً عن النمو، فالطفل المعاق عقلياً ينمو ويتعلم ولكن بسرعة أبطأ من الأطفال العاديين.

ولأن الإعاقة العقلية تؤثر على النمو العقلي تحديداً فلن تكون عملية تعليمهم عملية سهلة، فهؤلاء الأطفال يواجهون صعوبات بالغة في الانتباه والتذكر والتمييز والتعميم وهذه كلها شروط أساسية للتعلم، وبدون مراعاة الخصائص الحقيقية لهؤلاء الأطفال فلن تكون عملية تدريبهم مفيدة، وفيما يلي أهم المبادئ التي ينبغي مراعاتها عند تعليم الأطفال المعاقين عقلياً:

1- الفوز بانتباه الطفل، ويقصد بذلك تنظيم المواد والمثيرات بحيث يتم تشجيعه على التركيز على المثيرات المهمة وتجاهل المثيرات غير المهمة، ويمكن تحقيق ذلك بالتخفيف من المثيرات المشتتة، وتعزيز الطفل عندما ينتبه، واستخدام التلقين اللفظي الإيمائي والجسمي لحث الطفل على الانتباه، واستخدام مثيرات ذات خصائص واضحة ومحددة.

2- الانتقال تدريجياً من المهارات البسيطة إلى المهارات الأكثر تعقيداً حسبما تقتضي قدرات الطفل.

3- تحديد مستوى إتقان الطفل للمهارات المطلوبة منه، فبدون معرفة مستوى أدائه قد يطلب منه تأدية مهارات لا يستطيع تأديتها وذلك أمر محبط أو قد يطلب منه تأدية مهارات يتقنها جيداً وذلك أمر غير مفيد وممل وبخاصة على المستوى اللفظي، فصوت الأم يمثل مثير يهيئ الفرص لحدوث صوت الطفل، وتقليدها الفوري لصوت طفلها يحثه على تكرار الصوت، وإعادة الطفل لأصوات كان قد سمعها في الماضي.

4- تعزيز الطفل عند القيام بمحاولات ناجحة.

5- إعادة المعلومات السابقة عند إعطاء الطفل معلومة جديدة.

6- تنمية الجوانب النمائية (التذكر والانتباه والإدراك).

7- تنمية القدرة على العناية بالذات.

8- تنمية القدرة على التواصل الاجتماعي.

9- إزالة المثيرات المشتتة.

10- استخدام أسلوب النمذجة.

المناهج التربوية للمعاقين عقلياً:

- أهداف تربية المعاقين عقلياً:

تتحقق أهداف التربية التي يسعى المربون إلى تحقيقها في أي مجال ومع أية مجموعة بشرية من خلال المنهاج الذي يكون بمثابة الطريق الذي يحقق هذه الأهداف. والحقيقة أن المنهاج يتضمن مجموعة منظمة من الخبرات التعليمية يقدمها نظام تربوي معين لتحقق أهداف التربية التي يسعى إليها هذا النظام. وعند تصميم المنهاج الخاص بفئة تعليمية معينة فإن الأسئلة التالية يجب أن توضع بعين الاعتبار:-

1- ماذا يجب أن نعلم هؤلاء الأطفال مثلاً؟

2- ماذا يستطيع هؤلاء الأطفال أن يتعلموا؟

3- كيف يجب أن نعلمهم؟

4- ماذا يعلم بالفعل؟

هذه الأسئلة واضحة ومترابطة، فمن غير المعقول أن نقرر ماذا يجب أن نعلم هؤلاء الأطفال دون اعتبار لما يمكن لهؤلاء الأطفال أن يتعلموه. وحين نطرح السؤال عما يجب أن نعلم فإننا نسأل عن أهدافنا وغاياتنا التربوية، والهدف عادة طويل الأمد وهو دليل لمقاصدنا واتجاهاتنا نحو الهدف العام الذي نسعى للوصول إليه في النهاية. ولذلك فإنه يجب التفريق بين الهدف العام والأهداف السلوكية المحددة قصيرة الأمد، والتي تعبر عن أنماط سلوكية محددة

نريد من المتعلم أن يكون قادراً على إتقانها أو أدائها بدرجة معينة بعد الانتهاء من خبرة تعليمية معينة. وغالباً ما ننقاد إلى الاعتقاد خطأ بأن شيئاً ما هو خبرة تعليمية جديرة بأن تكون هدفاً عاماً وذلك لأنه يمكن التعبير عنها بدلالة سلوكية معينة تدل على أن التعلم قد حدث بالفعل. إن هذه الأهداف السلوكية الخاصة والمحددة هي أهداف ثانوية في الترتيب المنهجي وهي تأتي في الواقع من أهدافاً أكثر شمولاً وعمومية وذات دلالة تربوية تعليمية. إن أهداف وغايات التعليم تحدد نقطة النهاية التي تسعى إليها العملية التربوية ولذلك فإننا يجب أن نحددها آخذين بعين الاعتبار الحاجات المستقبلية للفرد المتعلم بالإضافة إلى طبيعة المجتمع الحالية والمستقبلية الذي يعيش فيه المتعلم.

إن الأهداف والغايات التربوية العامة تزودنا بمصادر أو نقاط البدء في المنهاج وتساعدنا في تقدير ماذا يجب أن نعلم، إلا أننا يجب أن لا ننسى أنه من خلال الأهداف السلوكية المحددة فإننا نكتسب المعلومات والمهارات للتعليم الجيد ويصبح بمقدورنا أن نقيم بموضوعية ودقة ماذا نستطيع أن نعلم. أما فيما يتعلق بماذا يعلم الآن، فإننا مقيدون بنقص المعلومات الموضوعية. ويبدو معقولاً أن نصنف معظم النشاطات التعليمية التي تمارس الآن مع هؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً بأنها في الحقيقة سلوكيات عادية يحاول معها الكثير من المعلمين تبني موضوعات المدارس العادية وأساليبها نظراً لنقص البدائل المتوفرة لديهم. وبما أن محتوى المنهاج والخبرات التعليمية التي يتضمنها نظام التعليم العام مستقاة من أهداف التربية المعاصرة النظامية، فإنه من الضروري أن نستفسر عن صلتها بهؤلاء الأطفال المعاقين عقلياً.

فمثلاً لو أخذنا قضية الاستقلال والاعتماد على الذات كهدف فإننا نستطيع القول أننا بهدف جميعاً في تربيتنا إلى تنمية القدرة على الاستقلال للأطفال الكبار والتي تتضح عادة بالنسبة للمعاقين فيما يسمى بنشاطات المساعدة الذاتية والمهارات الاجتماعية.

ولكن على أية حال فإن هذا قد يؤدي بالضرورة إلى الذاتية والاستقلال الذاتي، فكثير من الأطفال يتقنون هذه المهارات لكنهم لا يزالون معتمدين على غيرهم بدرجة كبيرة في اتخاذ القرارات التي تتعلق بالطريقة التي سيعيشون بها، محتاجين إلى الدعم العاطفي والاجتماعي منهم. ولهذا فإننا نجد الكثير من الكبار المعاقين يعملون في مراكز التدريب لا من أجل الإنتاج والتحصيل المادي، وإلا فإنه يتوجب علينا أن ندفع لهم أجراً مقابل ذلك، بل لتحقيق الافتراض بأن القدرة على العمل وممارسته تؤدي إلى الشعور بالكرامة واحترام الذات وتقديرها. وهذا المفهوم يرتبط إلى حد كبير بمفهوم الذاتية والاعتماد على النفس. ولكن ما مدى سيطرتهم على أنماط حياتهم ومستقبلهم؟ ما القرارات التي يجب أن يتخذوها أو يستطيعون اتخاذها بالفعل؟ هل نعلمهم بالفعل كيف يتخذون هذه القرارات؟ قد لا يكون لدى المعاق عقلياً القدرة على التعليل واتخاذ القرارات، وقد نكون مثاليين إذا توقعنا منه ذلك. وهذا في الواقع يقودنا إلى السؤال: ماذا يمكن أن نعلمهم بالفعل؟ وهذا يقودنا إلى مناقشة قدرة هؤلاء على التعلم وحدود هذه القدرة. فقد بين عدد من الباحثين أن مقاييس الذكاء التي نحاول من خلالها تقدير القدرة على التعلم غير دقيقة في التنبؤ بالقدرة على التحصيل للأغراض التعليمية. ولذلك وبالرغم من تطور وسائل القياس وطرق التعليم الفعال فإنه من غير الممكن أن نتوقع أو نتنبأ بالتحديد بما يمكن أن يتعلمه الفرد حتى في حالة الطفل العادي.

أما بالنسبة للمعاقين عقليا فيجب أن نؤكد على الأساليب التي نستعملها في تعليمهم بالإضافة للموضوعات التي نقدمها لهم. وذلك للأسباب التالية:-

1- طبيعة الهدف التربوي للمتعلمين لا تختلف لكن الذي يختلف هو أسلوب تحقيق هذا الهدف سواء كان قراءة أم حساباً أم كتابة باعتبار الفروق بين المتعلمين.

2- إن الأساليب والطرق ما هي إلا أدوات صممت للوصول إلى الغايات التربوية المعينة.

3- إن هناك الكثير من الأساليب والطرق ما هي إلا أدوات صممت للوصول إلى الغايات التربوية المعينة.

4- إن هناك الكثير من الأساليب للوصول على الهدف الواحد، فإذا فشل أحد هذه الأساليب فإنه من الخطأ افتراض بأن الوصول إلى الهدف أمر مستحيل، وإنما يجب علينا أن نجرب أساليب أخرى لتحقيق هذا الهدف.

أهداف البرامج التربوية التأهيلية:

إن أهداف البرنامج التربوي التأهيلي للأطفال المعاقين عقلياً هي أهداف تربية وتأهيل غيرهم من الأطفال العاديين، فلا بد من أن يتعلم هؤلاء المبادئ الأساسية للمعرفة وأساليب التوافق مع أنفسهم والعمل على الوفاء بالمطالب التي يتطلبها المجتمع الذي يعيشون فيه، إلا أنه يجب تعديل البرامج الدراسية والأنشطة كلما دعت الحاجة لذلك لتتوائم مع صحتهم واحتياجاتهم.

فالهدف الرئيسي من هذه البرامج هو مساعدة المعاقين عقلياً –في حدود ما لديهم من قدرات وإمكانات وفي ضوء خصائصهم واحتياجاتهم– ليصبحوا مواطنين صالحين منتجين معتمدين على أنفسهم فيتحولون بذلك إلى فئة منتجة بدلاً من أن تكون عالة على أسرهم ومجتمعاتهم.

ويمكن تلخيص أهداف تربية المعاقين عقلياً بما يلي:

1- تعلم الحد الأدنى من المبادئ الأساسية للمواد الدراسية علماً أن قدرتهم على التحصيل الأكاديمي لا تتعدى مستوى الصف السادس الابتدائي في أحسن الحالات.

2- مساعدتهم على التعايش مع الآخرين عن طريق تنمية الكفاءة الاجتماعية ومن خلال الخبرات الاجتماعية المتنوعة.

3- مساعدتهم على تنمية الاستقلال العاطفي في المدرسة والبيت من خلال برامج الصحة النفسية.

4- مساعدتهم على الأخذ بالعادات الصحية المناسبة وحسن التصرف عن طريق برامج التربية الخاصة.

5- مساعدتهم على استغلال أوقات فراغهم في نشاطات ترويحية من خلال برامج الترويح التربوية التي تمكنهم من الاستمتاع بأوقات فراغهم.

6- مساعدتهم على أن يصبحوا أعضاء عاملين في مجتمعاتهم عن طريق البرامج التربوية التي تؤكد المشاركة الاجتماعية في البيئة المحلية.

7- مساعدتهم على أن يصبحوا أعضاء مناسبين في أسرهم وبيوتهم عن طريق البرامج التربوية التي تؤكد أهمية عضوية الفرد في البيت والأسرة كأحد وظائف المنهاج.

8- مساعدتهم على القدرة على كسب العيش عن طريق تنمية الكفاءة المهنية لديهم وذلك باستخدام أساليب التوجيه والتقييم والتدريب المهني المناسب كجزء من خبراتهم التربوية في المدرسة.

هذا ويمكن القول أن منهاج تربية الأطفال المعاقين عقلياً يركز على ثلاثة أهداف عامة ورئيسية أكدها كل من كيرك وجونسون (Kirk and Johnson, 1951) وماكميلان (Macmillan, 1977) وهي:-

1- الكفاءة المهنية (التوافق المهني).

2- الصلاحية الاجتماعية (التوافق الاجتماعي).

3- الصلاحية الشخصية (التوافق الشخصي).

والأهداف الثلاثة السابقة لا يمكن تحقيقها بطريقة مستقلة، بخبرات مباشرة مخصصة، يعمل كل منها على تحقيق هدف واحد معين، ولكن البرنامج بأكمله وبكل ما يتضمنه من خبرات في الصف الدراسي أو الملعب أو الورشة، يعمل على تحقيق هذه الأهداف مجتمعة فهي جميعاً خبرات ستكون المحور المتماسك للبرنامج بأسره فالمهارات الأكاديمية مثلاً لا يمكن أن تعتبر هدفاً في حد ذاتها ولكنها تعتبر أدوات تمكن الطفل من الوصول إلى تحقيق الأهداف الأساسية للبرنامج بأكثر سهولة ونجاح.

هذا ويؤكد كولستو (Kolstoe, 1976) عددا من الأهداف التي تتضمنها البرامج والمناهج المختلفة في تعليم الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم. ويمكن تحديد هذه الأهداف بالقول بأن أي منهاج مصمم لتعليم الأطفال المعاقين القابلين للتعلم يجب أن يؤكد على تنمية الكفاءة التالية:

1- الحساب.

2- الكفاءة الاجتماعية.

3- مهارات الاتصال والأمن والصحة.

4- الكفاءة المهنية.

5- المهارات الحركية والترويحية.

6- تجنب التعرض لسوء استخدام الكحول الأدوية.

أسس التعليم:

إن عملية تعليم المعاقين عقلياً عملية متعددة الجوانب لا تتم بطريقة واحدة، بل بجميع طرق التعلم بعضها البعض الآخر في إكسابهم المعارف والعادات والمهارات من البيت والمدرسة والورشة والجيران، ومن أهم الأسس التي يقوم عليها تعليم هذه الفئة الآتي:

1- **إيجاد الدافع للتعلم:** فالمعاقين عقلياً مثل العاديين يتعلمون بسرعة إذا أوجدنا عندهم الدافع للتعلم، الذي يجعلهم يثابرون على بذل الجهد، ويستمرون في العمل حتى يتعلموه، ويحتاج تنمية الدافع عند الطفل إلى جهود كبيرة من الآباء والمعلمين، فقد تبين من دراسات كروميل حاجة المعاق عقلياً إلى الإرشاد والتوجيه باستمرار من الراشدين المهمين في حياته لتنمية (الدافع للتعلم).

2- **الحصول على الثواب بعد كل نجاح:** أشار ثورنديك إلى (قانون الأثر) الذي جعل علماء التربية يهتمون بالثواب لتدعيم تعلم السلوك المقبول، وقد أيدت الدراسات أهمية المكافأة في تعليم المعاقين عقلياً، لأنها –أي المكافأة– تعني بالنسبة لهم التقبل الاجتماعي ممن يثيبونهم، والشعور بالكفاءة والجدارة

في مواقف التعلم، ولكي يكون الثواب مؤثرا في تعليم المعاق، يجب أن يكون مكافأة ملموسة (مادية وأدبية)، يحصل عليها عقب كل نجاح حقيقي، حتى يربط النجاح بالحصول على المكافأة.

3- **العقاب على الأخطاء:** أشارت الدراسات إلى أن العقاب المقبول يؤدي إلى الحيطة والحذر، ويجعل المعاق عقلياً يقلع عن الخطأ، ويشجعه على تعلم الصواب، حتى لا يتعرض للعقاب مرة ثانية، ولكي يكون العقاب مفيداً في تعديل السلوك يجب أن:

أ- يتبع الخطأ مباشرة، فلا يعاقب الطفل في المساء مثلاً على خطأ ارتكبه في الصباح ولا يعاقب اليوم على خطأ ارتكبه بالأمس.

ب- يناسب العقاب الخطأ الذي ارتكبه الطفل، بحيث لا يكون العقاب خفيفاً جداً فلا يجدي، ولا شديداً جداً فيشعر الطفل بالظلم.

جـ- لا يجرح كبرياء الطفل حتى لا يشعر بالإهانة والنبذ من الآخرين.

د- لا يستعمل إلا عند الضرورة، فلا يسرف الآباء والمدرسين في معاقبة الطفل أو تهديده بالعقاب، لأن المدح أفضل من الذم، والثواب أفضل من العقاب في تعليم المعاق عقلياً.

هـ- يكون مناسباً لشخصية الطفل، فقد وجد أن الطفل المنبسط يضاعف جهوده عقب اللوم في حين يضطرب المنطوي ويضعف أداؤه.

4- **التركيز على الفهم:** يجب اختيار الموضوعات التي يتعلمها الطفل بدقة، بحيث تكون مناسبة لقدراته وشخصيته، ويستطيع فهمها واستيعابها، فقد أشار بياجيه إلى أن ما يستوعبه الطفل ويفهمه لا ينساه بسهولة، ويستطيع تعميمه على مواقف أخرى.

5- **معرفة الطفل بنتائج تعلمه:** يجب اطلاع الطفل على نتائج استجاباته في موقف التعلم، حتى يعرف مدى تقدمه، ويدرك أخطاؤه ويصححها بنفسه، أو بمساعدة المعلم الذي يرشده ويشجعه على مواجهة المواقف بنفسه.

6- **التكرار:** يحتاج المعاق عقلياً إلى تكرار الاستجابة عدة مرات حتى تتكون

العادة أو يكتسب المهارة والمعرفة، وهذا ما يجعله بحاجة إلى مدة زمنية أطول من قرينه العادي في التعلم أو التدريب المهني والاجتماعي، ولكن لا يساعد التكرار على التعلم إلا إذا اهتم المعلم بجذب انتباه الطفل، وتشجيعه على الملاحظة وفهم الموقف، ومكافأته على كل نجاح، وتبصيره بكل خطأ، حتى يدرك الصواب والخطأ، ويتعلم عمل الصواب ويترك الخطأ.

الأسس التي تقوم عليها مناهج المعاقين عقلياً:

تقوم مناهج الأطفال المعاقين عقلياً مثلها مثل مناهج الأطفال العاديين على عدد من الأسس التي يراعيها عادة العاملون في تصميم وتطوير المناهج في مختلف مستويات التعليم وأنواعه. والواقع أنه يمكن الحديث عن عدد من هذه الأسس أهمها، الأسس الاجتماعية والأسس النفسية والتربوية والفلسفية. ومع أنني سأعرض لهذه الأسس الثلاثة إلا أنني سأفصل القول على وجه الخصوص في الأساس النفسي على اعتبار أنه أهم هذه الأسس وخاصة في مجال تربية وتأهيل الأطفال المعاقين عقلياً.

أولا:- الأسس الاجتماعية:

ويقصد بذلك المجتمع بما يشمل من تراث وأعراف وتقاليد ومعايير اجتماعية بالإضافة إلى مشكلات المجتمع وأهدافه وآماله في المستقبل والحاضر. أما المدرسة فتقوم كمؤسسة اجتماعية بقصد تربية الأطفال الأسوياء منهم والمعاقين للتكيف مع التراث الثقافي لهذا المجتمع والتعرف على تقاليده وأعرافه ومعايير السلوك المقبول فيه ليتمكنوا من التكيف الاجتماعي والتوافق مع أبناء المجتمع. وبما أن المنهاج هو السبيل الذي تسلكه المدرسة أو النظام التربوي لتحقيق أهدافها التربوية فإن منهاج المعاقين عقلياً يجب أن يتدرج معهم بشكل يمكنهم من معرفة عناصر الثقافة الاجتماعية أو تراثهم الثقافي والاجتماعي لبلوغ أهداف هذا المجتمع في تربية هؤلاء الأطفال كأعضاء في هذا المجتمع. والواقع أن الأسلوب المفضل لتحقيق هذا الهدف مع الأطفال المعاقين عقلياً هو أسلوب دراسة النظم الاجتماعية الذي يعتمد على

ترجمة هذه النظم إلى مؤسسات ملموسة في المجتمع يتنقل فيها الطفل في حياته اليومية ويتعامل معها.

ومن هنا فإن طريقة دراسة النظام الديني مثلاً تتم بالنسبة له عن طريق الجامع والكنيسة، ودراسة النظام الاقتصادي تتم عن طريق المؤسسات التجارية والصناعية والزراعية المحيطة به، كما أن دراسة النظام التربوي تتم من خلال المدرسة والمعهد والجامعة بشكل مستمر. وقد تتم دراسة هذه النظم بالنسبة لهؤلاء الأطفال من خلال الزيارات الميدانية والاتصال بهذه النظم أو المؤسسات.

ثانيا: الأسس التربوية والفلسفية:

ويقصد بذلك الفلسفة التربوية والنظام التربوي وآراء التربويين فيما يتعلق بأهداف التربية والتعليم والمدرسة ووظيفتها كمؤسسة تربوية تسعى إلى تحقيق تلك الأهداف المبنية على فلسفة تربوية واجتماعية وإنسانية معينة يتبناها النظام التربوي.

ومن أهم الأسس التربوية الخاصة بالأطفال المعاقين عقلياً هي تغير نظرة التربويين نحو قدرة الطفل المعاق على التعلم. فبينما كان يعتقد سابقاً أن هؤلاء الأطفال غير قادرين على التعلم وأنه يجب عزلهم في مؤسسات خاصة للرعاية والإشراف الدائمين فإن التربويين أصبحوا يؤمنون الآن بقدرة الأطفال المعاقين عقلياً على التعلم لدرجة يمكنهم معها الوصول إلى مستوى الكفاءة الاجتماعية والقدرة على الرعاية الذاتية إذا ما توافرت لهم فرص التربية الخاصة التي تأخذ بعين الاعتبار حدود قدراتهم وإمكانياتهم. وتعود فلسفة التربية التي تنادي بتربية وتعليم الطفل المعاق إلى فلسفة الديمقراطية والمساواة في حق كل طفل في تلقي التربية والرعاية الاجتماعية والصحية والتي تنادي أيضاً بأن كل طفل قابل للتعلم في حدود إمكانياته واستعداداته. ولا شك أن تربية الطفل المعاق عقلياً تختلف عن تربية الطفل العادي من حيث حاجة الأول إلى عناية خاصة وإشراف فردي خاص في تعلم المهارات الفردية واللازمة لاكتسابه المبادئ الأساسية للتعلم الأكاديمي والكفاءة الشخصية والاجتماعية والتدريب المهني. ومن المعروف أن الطفل المعاق

عقلياً لا يمكنه الوصول إلى مستوى الطفل العادي في إتقان المهارات أو التمكن من القراءة والكتابة والحساب والعلوم الاجتماعية بل يتخلف عنه في هذه المجالات. إلا أن الطفل المعاق عقلياً يمكنه التكيف والتلاؤم مع المجتمع وإنجاز الأعمال التي تحتاج إلى مهارة بسيطة (Simi Skilled) أو الأعمال التي لا تتطلب مهارة (Unskilled).

ثالثا: الأسس النفسية:

ويرتبط بذلك دراسة الخصائص النفسية والتربوية لهؤلاء الأطفال وأنماط النمو وخصائصه عندهم بالإضافة إلى حاجات وميول واتجاهات وقيم هؤلاء الأطفال وعلاقتها بالمنهاج، وكذلك أثر نظريات التعلم والتدريب فيما يتعلق بطرق التدريس خاصة أنها إحدى وسائل تحقيق أهداف المنهاج. ومرة أخرى فإن عرض وتحليل هذه الأسس سيكون مفصلاً هنا لأهميتها الخاصة في تربية المعاقين عقلياً وتطوير وتصميم المناهج الخاصة بهم مستفيدين من كل من عرض جرجس ورفاقه (1971) في عرضهم لهذه الأسس وتيزارد (Tizard, 1974) في تأكيده على مبادئ تعليم اللغة خاصة للأطفال المعاقين عقلياً واحتياجات وصعوبات هؤلاء الأطفال.

يشمل الحديث عن الأسس النفسية التي تقوم عليها منهاج المعاقين عقلياً ثلاثة جوانب رئيسية:-

أولاً: خصائص نمو الأطفال عامة والمعاقين عقلياً بشكل خاص.

ثانياً: حاجات وميول واتجاهات وقدرات الأطفال المعاقين عقلياً.

ثالثاً: نظريات التعلم والتدريب وعلاقتهما بالمنهاج.

أولاً: خصائص نمو الأطفال عامة والمعاقين عقلياً بشكل خاص:

لكل مرحلة من مراحل النمو خصائص مميزة تساعدنا في التعرف على الحاجات التي يجب إشباعها في أوقات معينة من العمر. هذه الخصائص تساعدنا في التخطيط للتربية وإعداد المناهج لمختلف مراحل العمر. وبما أن الطفل المعاق عقلياً يمر بنفس مراحل النمو التي يمر بها الطفل العادي فإنه يمكن الاستفادة من هذه الخصائص المعروفة عند الأطفال العاديين في توجيه الطفل المعاق. هذا مع العلم أن

الطفل المعاق عقلياً يواجه الكثير من الصعوبات ومعوقات النمو التي تؤثر في قدراته على التعلم وبالتالي تصبح مراعاتها في التخطيط للمناهج والبرامج الخاصة به أمراً ضرورياً ولازماً. وهذه المعوقات هي:

1- معوقات في الإدراك الحسي:

تعتبر الحواس أهم وسائل التعرف على المحيط بما فيه من مثيرات صوتية وبصرية وحسية أخرى، ومن هنا فهي وسيلة الفرد إلى اكتساب المعرفة وعن طريقها يتلقى الطفل تأثير المحيط وتصل إلى المعلومات عن البيئة المحيط. لهذا السبب كان تدريب الحواس والإدراك الحسي من أهم الأسس التي تقوم عليها تربية الأطفال المعاقين عقلياً وخاصة بعد أن دلت الدراسات أن نسبة إصابة الأطفال المعاقين عقلياً بالإصابات الحسية كضعف البصر والسمع أعلى مما هي عليه بين الأطفال العاديين. كما تبين أن الكثير منهم أيضا يعانون في إدراك المعاني والمؤثرات الحسية والتمييز بينها أو التعرف على أوجه الشبه والاختلاف بين هذه المدركات الحسية، مما يؤثر على الطفل المعاق ويعوق قدرته على إدراك الخبرات الحسية في البيئة المحيطة والاستفادة من تلك الخبرات.

2- معوقات في التفكير والعمليات العقلية العليا:

نتيجة لضعف القدرة العقلية العامة عند الأطفال المعاقين عقلياً، فإنهم يواجهون صعوبات واضحة ومميزة في التفكير والتذكر والتخيل والإدراك وغير ذلك من العمليات العقلية. والواقع أن هذه الصعوبات تعوق قدرة الطفل على إدراك المعاني والمقارنة بين المثيرات المختلفة، كما تعوق قدرته على التحليل والتركيب والاستنتاج والتعميم وغير ذلك من العمليات العقلية مما يؤثر في قدرة الطفل المعاق على التعلم باعتبار أن هذه العمليات ضرورية في استيعاب الخبرات والتعلم بوجه عام.

3- معوقات حركية:

يختلف الأطفال المعاقون عن غيرهم من العاديين إلى حد ما في خصائصهم الجسمية وخاصة في نمو العضلات والمرونة الحركية مما يؤثر في قدرتهم على تعلم بعض المهارات والأعمال الضرورية لأداء مهمات التعلم، مثل الكتابة والجلوس والانتباه والتركيز لتدني قدرتهم على الاتزان الحركي والمشي مما يعوق نشاطهم داخل المدرسة وخارجها.

4- صعوبة في استيعاب الأمور النظرية:

وهذا يعود بالطبع إلى تدني القدرة على التجريد عند الأطفال المعاقين مما يؤثر في قدرتهم على استيعاب الأفكار والخبرات المجردة والنظرية. ولهذا فإن تعليم الأطفال المعاقين عقلياً يعتمد إلى حد كبير على الخبرات العملية والحسية.

5- معوقات صحية:

ذلك أن نسبة الإصابة بالأمراض المختلفة بين هؤلاء الأطفال أكثر منها بين الأطفال العاديين بسبب تدني القدرة على الرعاية الذاتية من جهة وتدني مستوى البيئة الاجتماعية والصحية التي يأتون منها في الغالب. ولهذا فإننا نجدهم أكثر عرضة للإصابة بأمراض الجهاز التنفسي، والجهاز البولي، والعظمى، والعصبي... الخ، مما يعوق قدرتهم على التعلم ويتطلب من القائمين على تربيتهم العناية بهم صحياً قبل البدء بتعليمهم.

6- معوقات نفسية:

حيث يتميز الأطفال المعاقين عقلياً بالاتكالية وعدم الاستقرار وعدم القدرة على التركيز في العمل لفترة طويلة كما يتصف بعضهم بالحركة والنشاط الزائد (Hyperactivity)، في حين يتصف البعض الآخر بالخمول وعدم النشاط. ولذلك فإنه لا بد من أن يحتوي على بعض النشاطات التي تتجه نحو الإثارة والنشاط الهادف للتقليل من الحركة الزائدة.

7- معوقات في التكيف الاجتماعي:

يتصف الأطفال المعاقون عقلياً بعدم القدرة على التعاون والعمل الجماعي كما يتصفون بعدم القدرة على مراعاة النظام والتقاليد والأعراف والعادات الاجتماعية مما يؤثر في قدرتهم على التعلم والتعامل مع المجموعة التي يعملون معها بالإضافة إلى تدني قدرتهم على الإصغاء الجيد.

8- معوقات في الكلام والنطق واللغة:

يعاني المعاقون عقلياً من صعوبات في النطق والكلام مما يعوق قدرتهم على التعلم ويؤثر في شعورهم بالنقص والاضطراب النفسي. ولذلك فإن برامج العلاج الكلامي أو علاج النطق (Speech Therapy) تصبح ضرورية لمثل هؤلاء الأطفال. كذلك يعاني الأطفال المعاقون عقلياً من تخلف في اللغة ويواجهون صعوبات في التعبير والفهم، ولذلك كان التدريب اللغوي للأطفال المعاقين عقلياً من أهم الأسس التي تقوم عليها تربيتهم.

المبادئ التي تقوم عليها تعلم اللغة للمعاقين عقلياً:

أ- الملاحظة والتقييم المستمران حتى يمكن وضع أساس معقول لخطوات التعليم من جهة، والتعرف على مدى تقدم الطفل من جهة ثانية.

ب- اختيار وتحليل الأهداف على أساس مبادئ النمو حتى يمكن التخطيط لمراحل التعليم من خلال الذخيرة السلوكية الحاضرة التي يتمتع بها الطفل ونسبتها للسلوكيات المرغوبة.

جـ- التأكيد على تعليم الأهداف مع التعزيز الفوري للسلوك المرغوب. ويمكن أن يتم هذا الأمر بطريقة أفضل إذا ما كان كل من الوالدين والطفل يستمتعون بهذه الأهداف.

إذا اعتبرنا أن النمو اللغوي للطفل جزء من النمو العام، فإن الوالدين يمكن أن يساعدا الطفل إذا ما أعطيا فكرة عما يمكن أن يتوقعاه منه في مرحلة ما، وبالتالي المساعدة في التخطيط للمراحل اللاحقة في هذا المجال مما يساعد في توجيه واختيار

الأهداف المناسبة للطفل. والواقع أن إعادة ثقة الوالدين بالطفل تمكنهما من مساعدته على تحقيق الأهداف الخاصة بتعلم اللغة من خلال عمليات الاتصال اللغوي معه.

إن التركيب اللغوي لدى الأطفال المعاقين عقلياً يمكن أن يعلم بطريقة موضوعية مع التحذير من إمكانية زيادة الفجوة بين اللغة المنطوقة والسلوك اللغوي الهادف وخاصة إذا لم تؤخذ العوامل التالية بعين الاعتبار:-

1- إن الأطفال العاديين لا يطورون لغتهم بدون مساعدة الكبار. وهنا نجد أن بعض الآباء يهيئون البيئة المناسبة بصورة طبيعية، وعليه فإنه من المفيد دراسة العوامل ذات العلاقة والتي تؤثر على النمو اللغوي في الأسر والبيوت ذات المستوى اللغوي الجيد، التي توفر مثل هذه الفرص.

2- إن صورة النمو الفردي للطفل تقدم أساسا للتعليم المناسب له سواء كانت الصورة إيجابية أو سلبية.

3- إن الأطفال الأسوياء والمعاقين عقلياً جميعهم يمرون بنفس مراحل النمو المتعاقبة مع اختلاف في السرعة أو التوقيت.

4- أن التعبير اللغوي يكون ذا أهمية عندما ينظر إليه في إطار الاتصال والفهم والتوجيه الذاتي والنمو الشعوري والخبرة... الخ.

5- يمكن لطريقة التربية في البيت أو المدرسة أن تؤثر زيادة أو نقصاناً (سلباً أو إيجاباً) في التطور والنمو اللغوي عند الطفل، وذلك بإحدى الطرق التالية:

أ- التعزيز المستمر لأنماط سلوك الاتصال غير اللفظي الذي يتطلب القليل من اللغة.

ب- تعزيز الألفاظ اللغوية غير المناسبة في محاولة لزيادة التعبير اللغوي عند الطفل.

جـ- استمرار السلوكيات وأنماط الاتصال التي لا تتفق مع البرنامج التعليمي مما يستدعي محوها أولاً.

6- من الضروري أن يرتبط برنامج اللغة بحاجات ورغبات الطفل الفردية

ويتلاءم مع علاقاته اليومية وخاصة مع أفراد الأسرة والمجتمع. فالبرنامج الذي يأخذ بعين الاعتبار حاجات ورغبات الطفل المعاق الفردية يمكن أن يتحول إلى درس عادي ممتع.

7- يجب أن يتمكن معلم اللغة من اغتنام الفرص وتحويل الحوادث اليومية في حياة الأطفال إلى دروس لغوية نافعة وخلق جو يخلو من التهديد ويقرب من جو الحياة الأسرية والعامة.

في هذا المجال دلت دراسة قام بها تيزارد عام (1964) إن خلق جو عائلي لدى الطفل ومنحه فرصة الاحتكاك بشخص واحد يقوم بدور الأم يؤدي إلى تطور ونمو لغو أسرع لدى الطفل بالإضافة إلى نمو أفضل في مظاهر الحياة الاجتماعية والفهم.

ثانيا: حاجات وميول واتجاهات وقدرات الأطفال المعاقين عقلياً:

تهدف تربية المعاقين عقلياً إلى تزويدهم بالمعلومات الأولية والمهارات الضرورية اللازمة لتصريف أمور حياتهم اليومية، كما تهدف إلى مساعدتهم على التوافق الاجتماعي والشخصي. ولذلك فإن إشباع حاجاتهم المختلفة وإبراز وتنمية ميولهم وتكوين اتجاهات سليمة لديهم نحو أنفسهم ونحو العالم المحيط بهم ومراعاة حدود قدراتهم وإمكانياتهم واستغلال هذه الإمكانيات إلى أقصى درجة ممكنة من الأسس النفسية الهامة التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في تصميم وتطوير مناهج تربية المعاقين عقلياً وفي التخطيط لرعايتهم وأساليب تدريسهم.

فبالإضافة إلى المطالب الأولية والشخصية التي يجب أن توفر لكل الأطفال فإن الطفل المعاق بحاجة خاصة إلى الأمن والحماية والشعور بالنجاح والقيمة والأهمية أكثر من غيره من الأطفال العاديين وذلك بسبب افتقاره لهذه الحاجات نتيجة إعاقته وعدم قدرته على تحقيق النجاح المتوقع منه من قبل الآخرين، وبالتالي عدم القدرة على الشعور باحترام الذات وتحقيقها والتي تعتبر من العناصر الأساسية في الصحة النفسية للفرد. ولهذا فإن المنهاج يجب أن يأخذ بعين الاعتبار هذه الحاجات الخاصة بالطفل المعاق ويعمل على توفير البرامج التي تحقق له إشباع هذه

الحاجات. أما فيما يتعلق بالميول فإن المنهاج أيضاً يجب أن يأخذ بعين الاعتبار طبيعة ميول هؤلاء الأطفال والتي قد تتصف بالمحدودية وعدم الوضوح، كما أن المنهاج يجب أن يتجه نحو إبراز ميول هؤلاء الأطفال المعاقين في المجالات المختلفة ويسعى إلى تنميتها والاستفادة منها في تصميم برامج التعليم والتدريب التي تتناسب وهذه الميول.

وفيما يتعلق باتجاهات الأطفال المعاقين عقلياً فإن منهاج المعاقين عقلياً يجب أن يأخذ بعين الاعتبار طبيعة الاتجاهات السلبية التي يكون قد كونها المعاق نحو نفسه بشكل خاص نتيجة تعرضه للإحباطات المتكررة، ومواقف الفشل، وسخرية الآخرين، وطبيعة العلاقات الاجتماعية التي تتصف بالسلبية أحياناً متمثلة في اتجاهات الناس في رفض التعامل مع المعاق وعدم احترام قدرته المحدودة على العمل. ولذلك فإن منهاج المعاقين عقلياً يجب أن يسعى إلى تغيير فكرة المعاق عن نفسه من جهة وتنمية اتجاهات إيجابية نحو نفسه ونحو العالم به من جهة ثانية.

أما بالنسبة لقدرات الأطفال المعاقين عقلياً واستعداداتهم وإمكانياتهم والتي قد تكون محدودة في كثير من الحالات فإن المنهاج يجب أن يأخذ بعين الاعتبار محدودية هذه القدرات، وتصمم وحداته بحيث تفسح المجال أمام هؤلاء الأطفال لممارسة خبرة النجاح والشعور بقيمة النجاح مهما يكن محدوداً، وتقلل ما أمكن من فرص الإحباط والشعور بالفشل التي طالما عانى منها هؤلاء الأطفال.

ثالثاً: نظريات التعلم والتدريب وعلاقتهما بالمنهاج:

ويرتبط بهذا الأساس دراسة طبيعة عمليات التعلم والنظريات المختلفة التي تفسر هذه العملية والاستفادة من نتائج الدراسات والأبحاث التي أجريت في مجال تسهيل عملية التعلم والتدريب ومتطلباتها وأسسها، والعوامل التي تساعد على التعلم سواء بالنسبة للطفل العادي أم بالنسبة للطفل المعاق. وبالرغم من أن مبادئ التعلم التي تنطبق على الأسوياء ممن يتمتعون بقدر كاف من الذكاء تنطبق على عمليات التعلم عند المعاقين فإنه من المستحسن أن نشير في هذا الصدد ولو بشكل

موجز إلى بعض مبادئ التعلم التي يجب مراعاتها عند وضع المناهج والتخطيط لتعليم وتدريب المعاقين عقلياً، من أهم هذه المبادئ:-

1- ضرورة التخطيط الجيد لأنواع النشاط المنهجي التي تساعد على استبدال سلوك غير مرغوب فيه بسلوك مرغوب فيه والعمل على تعزيز ذلك السلوك.

2- ضرورة العمل على إتاحة الفرصة للأطفال المعاقين وتشجيعهم على الاعتماد على الذات الذي يعتبر من القواعد الأساسية التي تساعدنا بالتالي في عملية التأهيل.

3- ضرورة اعتماد مناهج المعاقين عقلياً على ميولهم وخبراتهم بحيث تفسح المجال أمام استمرار دافعية هؤلاء الأطفال ورغبتهم في التعليم والتدريب.

4- يجب أن تكون مواد المنهاج سهلة ومتناسبة مع قدرات هؤلاء الأطفال المحدودة لضمان استمرار الدافعية مرة أخرى وتفسح المجال أمام إشباع حاجاتهم إلى النجاح.

5- يجب أن تكون فترة العمل المنهجي قصيرة بحيث تتناسب مع قدرة هؤلاء الأطفال على التركيز والانتباه، التي تتصف عادة بالضعف وذلك لكي لا يشعروا بالملل من الاستمرار في نشاط معين دون الانتقال إلى نشاط آخر.

6- يجب مراعاة التنويع في النشاطات المنهجية والعمل وطرق التدريب بحيث يفسح المجال أمام إثارة الاهتمام والدافعية والاستمرار في العمل مع مراعاة الفروق لهؤلاء المعاقين.

7- الرعاية الفردية ضرورية في تعليم وتدريب المعاقين عقلياً باعتبار فردية كل من هؤلاء الأطفال وتميزه بخصائص جسمية وعقلية وعاطفية واجتماعية مختلفة عن الغير.

8- التعزيز الإيجابي للسلوك المرغوب في تعليمه للطفل المعاقين أفضل من عقابه على السلوك الخاطئ ويستحسن التغاضي عن السلوك غير المرغوب فيه.

9- ضرورة فسح المجال أمام الطفل المعاق للمبادأة والعمل دون الإكثار من الممنوعات.

اعتبارات أساسية في تدريس القابلين للتعلم:

يحتاج المعاقون عقلياً بوجه عام، والقابلون للتعلم منهم بوجه خاص إلى مساعدة خاصة لاكتساب المهارات الأساسية في القراءة، والكتابة، والتهجئة، والتعبير، والرياضيات، وعادة ما يتولى مدرس التربية الخاصة تعليمهم هذه المهارات، وحين تتكون لديهم المهارات الكافية للمشاركة في نشاطات الصف العادي يتم التحاقهم به، إن معلم الصف العادي في حاجة لإجراء بعض التعديلات في طريقة تدريسه، وفي المواد التدريسية، وفي أساليب التعزيز المستخدمة لتتناسب مع الحاجات الخاصة بأفراد هذه الفئة، لقد ذكر كل من لويس ودورلج (1983)، إن الحاجة لتزويد المعاقين عقلياً بالتعليم والخبرة تعتبر أحد الاعتبارات الأساسية في تدريس المعاقين بدرجة بسيطة، فهؤلاء الطلاب لديهم صعوبة في تطبيق المهارات والمعلومات التي سبق تعلمها في مواقف جديدة مشابهة، فعلى سبيل المثال، فقد يتعلم الطالب جمع وطرح الأعداد الصحيحة ويتمكن من أداء ذلك بسهولة على الورق، ولكنه لا يستطيع ذلك في الواقع العملي، كجمع وطرح النقود مثلاً، ولهذا فمن الضروري أن تركز البرامج التربوية للطلاب المعاقين على المهارات الوظيفية وهي المهارات الضرورية لأداء مهارات الحياة اليومية. فالمهارات الأساسية يجب أن تذهب إلى ما هو أبعد من الكتاب المقرر، والتمارين يجب أن تمتد إلى الحياة الواقعية، ولقد أشار كيرك وجولجر (1983)، إلى مجموعة من الاعتبارات الأساسية التي يجب أن تراعي عند تدريس المعاقين عقلياً وهي:

1- أن يمر الطالب بخبرة النجاح:

وذلك بالعمل على تنظيم المادة التعليمية، واتباع الوسائل التي تقود الطالب إلى الإجابة الصحيحة، وتقديم بعض الإرشادات والتلميحات عند الضرورة، مع الإقلال من الاختبارات في استجابة الطالب. فإرشاد الطالب للإجابة الصحيحة

يكون بتكرار السؤال بنفس الكلمات، ومن المفيد أيضاً تبسيط المشكلة، ومجمل القول إنه يجب الحرص على عدم فشل الطالب في أداء الواجب، ومساعدته في تحقيق النجاح بقدر الإمكان.

2- **تقديم تغذية راجعة:**

وذلك بأن يعرف الطالب نتيجة عمله بعد أدائه مباشرة، بمعنى أن يعرف هل كانت استجابته صحيحة، أو غير صحيحة، فإذا ما كانت الاستجابة غير صحيحة فعندئذ تجب مساعدته على معرفة الاستجابة الصحيحة، ولهذا يجب أن ينظم الدرس بطريقة تسهل على الطفل معرفة استجابته وتصحيحها في حالة الخطأ.

3- **تعزيز الاستجابة الصحيحة:**

يجب أن يكون التعزيز مباشراً وواضحاً في حالة قيام الطفل بأداء استجابة صحيحة، هذا التعزيز إما أن يكون مادياً مثل الحلوى والطعام، أو معنوياً مثل الاستحسان الاجتماعي والمديح والإطراء، وما إلى ذلك.

4- **تحسين مستوى أقصى أداء يجب أن يصل إليه الطفل:**

إذا كانت المادة التعليمية سهلة جداً بالنسبة للطفل فإن هذا لن يساعده على تقديم أقصى أداء يمكن أن يصل إليه، هذا من جهة، ومن جهة أخرى إذا كانت المادة التعليمية صعبة جداً فعندئذ قد يواجه الطفل الفشل والإحباط، ومن هنا يجب أن يراعى في المادة التعليمية المستوى الذي يمكن أن يؤديه الطفل بأن لا تكون سهلة جداً أو صعبة جداً.

5- **الانتقال من خطوة إلى خطوة بطريقة منظمة:**

يجب أن يسير موضوع الدرس وفق خطوات منظمة متتابعة بحيث تكمل كل خطوة الخطوة السابقة لها وتقود للخطوة اللاحقة، وتسير من السهل إلى الصعب.

6- نقل التعلم وتعميم الخبرة:

وذلك عن طريق تقديم نفس المفهوم في مواقف وعلاقات متعددة مما يساعد على نقل وتعميم العناصر الهامة في الموقف الذي سبق تعلمه إلى مواقف جديدة.

7- التكرار بشكل كاف لضمان التعلم:

من الخصائص التعليمية للأطفال المعاقين عقلياً ضعف الذاكرة قصيرة المدى وسرعة النسيان، ولهذا فقد ينسى الطفل اليوم ما سبق وإن تعلمه بالأمس إذا لم تتح فرصة تكرار ما تعلمه بشكل كاف في مواقف متعددة، إن الأطفال المعاقين عقلياً يحتاجون إلى تكرار أكثر للخبرة، وربط بين المهارة المتعلمة، والمواقف المختلفة، وذلك للاحتفاظ بها وعدم نسيانها.

8- التأكد من احتفاظ الطفل بالمفاهيم التي سبق تعلمها:

وذلك بإعادة تقديم المادة التعليمية التي سبق أن تعلمها بين فترة وأخرى، فعند تقديم أحد المفاهيم الجديدة، ولفترات زمنية متباعدة، ليس على شكل تعليم وإنما على شكل نقل وتعميم ما سبق أن تعلمه لمواقف جديدة.

9- ربط المثير بالاستجابة:

من الضروري العمل على ربط المثير باستجابة واحدة فقط خاصة في المراحل المبكرة من التعلم، فعلى سبيل المثال عن تعليم الطفل حرف (أ) وكيفية كتابته فيجب الابتعاد عن أشغالها بكيفية كتابة هذا الحرف في أول الكلمة، ووسطها، وآخرها ولكن يجب التركيز على وضع واحد فقط من الأوضاع السابقة، كأن يكون مثلا في بداية الكلمة، وبعد التأكد من أنه تعلم ذلك وأتقنه بشكل جيد يتم الانتقال إلى وضع آخر.

10- تشجيع الطفل للقيام بمجهود أكبر:

وذلك عن طريق تعزيز الاستجابة الصحيحة والنجاح والتنويع في طريقة عرض المادة التعليمية، والتشجيع اللفظي من قبل المعلم.

11- تحديد عدد المفاهيم التي ستقدم في فترة زمنية معينة:

لا تشتت انتباه الطفل بمحاولة تعليمه عدة مفاهيم في موقف تعليمي واحد بل يكتفي بعرض مادة تعليمية واحدة جديدة في فترة زمنية محددة، وذلك بعد أن تصبح المادة التعليمية السابقة مألوفة لديه.

12- ترتيب وتنظيم المادة التعليمية، واتباع تعليمات مناسبة لتركيز الانتباه:

إن ترتيب وتنظيم المادة التعليمية بطريقة تساعد على تركيز انتباه الطفل وتوجيهه يساعد على تعلم الانتباه للتعليمات في المواقف التعليمية، وبالتالي يسهل عملية التعلم، ومن الضروري إهمال العوامل غير المتصلة بالموقف التعليمي.

13- تقديم خبرات ناجحة:

إن الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم ممن يواجهون الفشل باستمرار ينمو لديهم عدم القدرة على تحمل الإحباط، واتجاهات سلبية نحو العمل المدرسي بالإضافة إلى بعض المشاكل السلوكية التي قد تؤدي إلى رفضهم اجتماعياً. وإن من أفضل طرق التعامل مع هذه المشاكل هي تنظيم برنامج يومي يقدم بعض المهارات التي يمكن من خلالها أن يحقق الطفل النجاح، ويترتب على هذا النجاح زيادة تقييم الطفل لذاته، كذلك زيادة مفهومه لذاته، وفي ذلك يجب أن يكون المعلم حذراً جداً، فلا يكفي أن يمنع الطفل من المرور بخبرات فاشلة، بل يجب أن يضمن مروره بخبرات إيجابية ناجحة، وبالرغم من أن هذا المبدأ قابل للتطبيق لجميع الأطفال إلا أنه من ضروري بشكل خاص للأطفال المعاقين.

المناهج التربوية للمعاقين القابلين للتعلم:

تهتم البرامج التربوية للمعاقين عقلياً القابلين للتعلم بالتأكيد على أهداف وأساليب تربوية مختلفة عن تلك التي تركز عليها البرامج التربوية للأطفال العاديين. ففيما يتعلق بهذه الفئة من الأطفال المعاقين عقلياً الذين يتراوح معدل نموهم العقلي ما بين نصف إلى ثلاثة أرباع معدل نمو الطفل المتوسط يكون التأكيد على البرامج

الأكاديمية والتحصيل الأكاديمي في غير محله، وبالتالي فقد اهتمت برامج التربية الخاصة لهذه الفئة بتنمية كفاءة الطفل المعاق من الناحية الاجتماعية والشخصية والمهنية، فوضع برنامج تعليمي للأطفال من هذه الفئة (55-69) أو (52-67) للإعاقة العقلية لا يعتمد فقط على درجة الذكاء وإنما يحتاج علاوة على ذلك إلى دراسة لبعض المظاهر النمائية.

والواقع أن بعض المواضيع الأكاديمية كالحساب والقراءة تدرس لهؤلاء الأطفال كجزء أساسي من البرنامج التربوي على اعتبار أن تنمية كفاءة الطفل الاجتماعية والشخصية والمهنية وقدرته على التكيف مع مجتمعه تحتاج إلى الحد الأدنى من المعرفة في مثل هذه الموضوعات. فإذا خرج هذا الطفل أو الشاب المعاق إلى السوق وحاول استخدام وسائل النقل العام مثلاً، أو شراء سلعة ما يرغب في الحصول عليها فإنه من المناسب أن يكون قادراً على معرفة الطريق الذي سيسلكه أو السيارة التي يستقلها وقيمة الأجرة التي يحتاج إلى دفعها أو قيمة السلعة التي سيبتاعها وما يجب أن يعود إليه من قيمة الدينار الذي يدفعه للتاجر مثلاً.

أما المشكلة الأساسية في اختيار مواد المنهاج التي تتناسب مع الأطفال المعاقين القابلين للتعلم فتتلخص في كون هؤلاء الأطفال يختلفون فيما بينهم بشكل كبير لدرجة تجعل ما يناسب أحدهم قد لا يناسب الآخر. إن الأطفال المعاقين إعاقة عقلية بسيطة يمثلون فئة غير متجانسة تماما بالنسبة لجميع خصائصهم ما عدا قدرتهم العقلية التي تتراوح بين (50-70) درجة. وحتى حين تؤخذ العقلية عند هؤلاء فإن درجات الأطفال على جزئيات اختبارات الذكاء تصبح متفاوتة، فبينما نجد بعض الأطفال يحصلون على درجات عالية على أجزاء الاختبار التي تقيس الأداء، نجد البعض الآخر يحصلون على درجات أعلى على الأجزاء التي تقيس القدرة اللفظية، أو العددية مثلاً. ولذلك فإننا نستطيع القول أننا وإن كنا نتحدث عن فئة معينة من فئات الإعاقة العقلية، إلا أننا لا نتعامل مع فئة متجانسة وخاصة أن أفراد هذه الفئة يختلفون فيما بينهم ليس فقط من حيث القدرة العقلية

وأجزاؤها، وإنما يختلفون كذلك من حيث المنبت الاجتماعي، وخصائص الشخصية والوراثة، والتاريخ المرضي... الخ. ولذلك فإن الحاجات التربوية لهؤلاء الأطفال قد تختلف من طفل إلى آخر وهذا ما يجعل مهمة معلم التربية الخاصة الذي يشرف على تربيتهم مهمة صعبة ودقيقة.

ولكن لا ينبغي أن ينسينا هذا الحديث عن الفروق الفردية بين أفراد هذه الفئة من الأطفال ما يجمعهم من خصائص مشتركة. وأهم هذه الخصائص التي تعنينا من الناحية التربوية ومن ناحية التخطيط للمنهاج أنهم جميعاً يواجهون صعوبة كبيرة في الصفوف العادية بسبب عدم قدرتهم على تعلم الموضوعات والمواد الدراسية التي تعلم في هذه الصفوف. إن الهدف الرئيسي لبرامج الأطفال المعاقين القابلين للتعلم وخاصة حين يصلون إلى سن البلوغ هو تمكينهم من الحصول على المهارات والاتجاهات الأساسية التي تلزمهم للنجاح في الحياة والعمل في إطار اجتماعي. وحتى يتمكن الطفل المعاق القابل للتعلم من الاستقلال والاعتماد على الذات في المستقبل فإن عليه الحصول على المهارات الاجتماعية والشخصية والمهنية التي ستساعده في ذلك. ولهذا كان من الضروري أن تدور الخبرات التربوية حول هذه الأهداف. وبما أنه لا يوجد منهاج واحد يمكن اعتباره مناسباً لجميع الأطفال المعاقين القابلين للتعلم فإن واجب المعلم يصبح في تصميم وتكييف أي منهاج تربوي بشكل يتناسب مع احتياجات الأطفال في المدرسة أو المنطقة التي يعمل فيها. إن المهارات المهنية التي يمكن أن تعلم الأطفال معاقين في بيئة زراعية ستختلف حتماً عن تلك المهارات التي تعلم هؤلاء الأطفال الذين يعيشون في بيئة صناعية ويتوقع أن يعملوا في مثل هذه البيئة.

وبالرغم من ذلك فإن هناك بعض العناصر العامة في مناهج الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم يمكن أن نذكرها بشكل موجز.

البرامج التعليمية لحالات الإعاقة العقلية البسيطة (القابلين للتعلم):

تشترك برامج تعليم هذا المستوى مع برامج المستويات السابقة في القاعدة (أي لابد أن يتضمن التعليم الاجتماعي، والتدريب على المهارات الحركية والاجتماعية) ويرتفع فوقه فيشمل تعليم القراءة والكتابة والحساب. وتهدف برامج التعليم إلى التكيف الاجتماعي داخل وخارج المؤسسة، وإعداد الفرد لأن يتحمل مسئولياته في الحياة الاجتماعية، وأن يقوم بدوره في البناء الاجتماعي بحسب إمكانياته. ولا نريد الخوض مرة ثانية في مرحلة التعليم الاجتماعي ونقتصر هنا على التعليم المدرسي[1].

بدأ تعليم حالات الإعاقة العقلية البسيطة في صفوف خاصة ملحقة بالمدارس العادية، يذهب إليها الطلاب كل صباح مع زملائهم في المدرسة يشاركونهم في اللعب، وفي النظام الدراسي العادي. ثم أنشأت بعض الدول معاهد نهارية، ومعاهد داخلية، تتخصص في تعليم، وتدريب الأطفال المعاقين عقلياً، يوزع الطلاب فيها على صفوف دراسية حجم كل منها من (6-10) طلاب. ويقسم اليوم المدرسي في هذه المعاهد إلى حصص مدرسية. أو فترات يتراوح مدة كل منها من ساعة إلى ساعتين، تتخللها فترة راحة يسمح فيها للطلاب بمزاولة بعض أوجه النشاط تحت إشراف.

وتهدف برامج التعليم للأطفال الذين يعانون من إعاقة عقلية إلى تنمية قدرات الطفل الذهنية وارتقائه الاجتماعي، وتوسيع مداركه، وزيادة حصيلته اللغوية ومعلوماته العامة. ولا بد أن يسبق برامج التعليم الأكاديمي برامج تهدف إلى إعداد الطفل نفسياً واجتماعياً وجسمياً، للاستفادة من البرامج الأكاديمية، تسمى بالبرامج التحضيرية تعمل على سد حاجة الطفل ومطالبه

---

(1) يتعذر علينا الفصل بين التعليم المدرسي والتعليم الاجتماعي لعدم وجود خط فاصل بينهما.

المختلفة وتنمي مهاراته الحركية، وتزيد من قدرته على التحكم في عضلاته. ثم بعد ذلك يبدأ البرنامج الأساسي ويتكون من:-

1- ملاحظة الأشياء المحسوسة.

2- لمس الأشياء المحسوسة.

3- التعرف على الصور وإدراكها.

4- التصور التجريدي للأشياء.

5- التعرف على الرموز.

6- استخدام الرموز في عمليات مركبة بشكل بسيط.

وتشير نتائج دراسات كثيرة إلى نجاح مثل هذه البرامج في تعليم حالات التخلف البسيط. ففي دراسة دافري (Devery) تمكن الطلاب من قراءة وكتابة جمل قصيرة والقيام بعمليات حساب بسيطة وقراءة القصص القصيرة، والعناوين الكبيرة في الجرائد، ووصلوا إلى مستوى الصف الثالث الابتدائي.

ولكن اختلفت الآراء حول تعليم هذه الفئة، هل من الأفضل تعليمهم في صفوف خاصة أم صفوف عادية مع باقي الطلاب؟. فذهب بعض الباحثين إلى أنهم يتعلمون في المدارس العادية أحسن من الصفوف الخاصة، في حين يفضل البعض الآخر تعليمهم في صفوف خاصة. ففي دراسة جولدشتين (H. Golstien) على طلاب أربعة صفوف خاصة، وطلاب معاقين عقلياً يدرسون في المدارس العادية أعاد اختبارهم بعد أربع سنوات بنفس الاختبارات، رفض الزعم القائل أن الطلاب المعاقين عقلياً الذين يدرسون في المدارس العادية أحسن من طلاب الصفوف الخاصة ووجد الآتي:

1- زيادة نسبة ذكاء المجموعتين.

2- تفوق طلاب الصفوف الخاصة في القراءة والكتابة والحساب.

3- تفوق طلاب الصفوف الخاصة في النواحي الشخصية والاجتماعية.

وأرجع جولدشتين تفوق طلاب الصفوف الخاصة إلى:-

أ) تلقيهم برنامجاً دراسياً يهدف إلى شحذ هممهم.

ب) كفاءة معلمي الصفوف الخاصة.

جـ) تعاون مشرف البرنامج مع معلمي الصفوف، وإحاطتهم علماً بظروف كل طفل، ومستواه الذهني، والتوصيات بشأنه.

د) تشخيص أطفال الصفوف الخاصة مبكراً قبل تعرضهم لمواقف الإحباط التي تواجههم عندما يلحقون بالمدارس العادية.

يكون البرنامج التعليمي لحالات الإعاقة العقلية القابلين للتعلم فعالاً ومؤثراً إذا ما وضعت المهارات المطلوب تعلمها في إطار جزئي، وإذا ما بدأ البرنامج في وقت مبكر بقدر الإمكان، يمكن أن يشمل مثل هذا البرنامج على الجوانب الآتية:

أ- في مستوى ما قبل المدرسة (أعمار الأطفال تتراوح ما بين 3-6 سنوات): يتضمن البرنامج التعليمي في هذه المرحلة بصورة أساسية العمل على تنمية الانتباه واتباع التعليمات، مهارات التواصل، والعمليات الادراكية والتمييز السمعي والبصري والاعتماد على النفس، ومهارات التطبيع الاجتماعي، على أن برامج عديدة طورت بهدف الوقاية من تدهور الأطفال الذين يعتقد أنهم في حالة خطر.

ب- في مستوى المرحلة الابتدائية (الأعمار من 6-9 سنوات): يستطيع الأطفال المعاقون بدرجة بسيطة في هذه المرحلة مشاركة زملائهم من الأطفال العاديين في البرامج التعليمية العادية. إلا أن ذلك لا بد أن يكون تحت إشراف أخصائيين في التربية الخاصة مؤهلين للعمل مع المعاقين عقلياً، يستمر في هذه المرحلة التدريب على المهارات النمائية الأساسية.

جـ- في المستوى المتوسط (الأعمار فيما بين **9-12** سنة): تؤكد البرامج التعليمية لهؤلاء الأطفال في هذه المرحلة على مهارات الكتابة والقراءة والحساب، يكون التركيز في هذه المرحلة أيضاً موجها إلى المظاهر النمائية الإدراكية، فرص وضع هؤلاء الأطفال جنباً إلى جنب مع زملائهم العاديين في نفس الصفوف الدراسية عالية إلى حد كبير.

د- في المستوى الثانوي (من سن **13-16** سنة): يكون الاهتمام في هذا المستوى من البرنامج التعليمي مركزاً على المواد الأكاديمية إذ أن عدداً كبيراً من الأطفال الذين يصلون إلى هذا المستوى يكونون قد حققوا مستوى معيناً من القدرة على التعلم. مثل هؤلاء الأطفال يمكنهم مشاركة زملائهم من العاديين في بعض المجالات والأنشطة كالتربية الرياضية والاقتصاد المنزلي والأنشطة الموسيقية وغير ذلك من الأنشطة التي تسهم في تنمية العادات السليمة في أداء مختلف الأعمال. على أن الاهتمام في تعليم المعاقين ينصب على:

أ- الإجراءات التصحيحية (التغلب على مظاهر العجز لدى الفرد).

ب- الإجراءات التعويضية (استخدام طرائق بديلة لتأدية المهمات المختلفة).

جـ- تنمية المهارات الوظيفية (المهارات اللازمة للأداء المستقل في الحياة اليومية).

د- تنمية المهارات المهنية والتهيئة المهنية.

هـ- تطوير استراتيجيات التعلم وذلك باستخدام الطرائق المستندة إلى مبادئ التعلم.

يحتاج هؤلاء الأطفال في هذه المرحلة إلى أساليب الإرشاد والتوجيه المهني بصفة خاصة بهدف مساعدتهم على تنفيذ البرنامج الدراسي والتدريبي للإعداد

للعمل، بعض هؤلاء الأطفال يتطلبون الاستمرار في ورش العمل المدرسية بصفة دائمة تقريباً، في حين يمكن السماح للبعض الآخر من هؤلاء الطلاب بالمشاركة في أعمال الورش كجزء من برنامج التكييف المهني.

عند وضع خطة تعليمية للأطفال المعاقين بدرجة بسيطة ربما يكون مفيداً الأخذ بعين الاعتبار مجموعة التوصيات والمقترحات التي قدمها (كولستو) (1976) وتتلخص فيما يلي:

1- أن يكون الواجب التعليمي الذي يكلف الطفل المعاق القيام به واجباً بسيطاً، فالواجب التعليمي الجديد يجب أن يحتوي على قدر ضئيل من العناصر الجديدة، في حين يتضمن الواجب عدداً من العناصر المألوفة لدى الطفل من خلال التعليم السابق.

2- أن يكون الواجب التعليمي صغيراً ومحدداً، هذا يؤدي لأن يركز الطفل انتباهه على العناصر ذات الأهمية والدلالة للقيام بالواجب المطلوب، دون أن يجد الطفل نفسه مواجهاً بالارتباك والخلط إزاء الواجب التعليمي الذي يحتوي على كثير من العناصر المتشابكة والمعقدة.

3- أن يكون عرض الواجبات التعليمية المطلوبة من الطفل أداؤها قائم على أسلوب تدريجي متسلسل يتكون من خطوات صغيرة.

4- يراعى اختيار الواجبات التي تكون احتمالات نجاح الطفل في أدائها احتمالات عالية، ذلك لأن تعرض الطفل للفشل ينطوي على أخطاء كثيرة.

5- العمل على التأكد من إتاحة الفرصة أمام الطفل لتكرار المادة التي يتعلمها واسترجاع المادة بشتى الطرق الممكنة.

6- أن تحتوي المواد التعليمية على المشكلات والمواقف التي تتصل بشكل مباشر بمظاهر البيئة الفعلية التي تحيط بالطفل.

عناصر المنهاج للأطفال المعاقين القابلين للتعلم:

تؤكد معظم البرامج التربوية للمعاقين عقلياً للتعلم على العناصر المنهجية التالية:-

1- مهارات الكلام واللغة، بصفة عامة يعاني المعاق عقلياً بدرجة بسيطة من بطء في نمو الكلام واستخدام اللغة، إلا أنه في هذا النوع من الإعاقة يمكن التغلب على كثير من صعوبات النطق والكلام.

2- المهارات الحسابية ومفاهيم العدد والكم.

3- مهارات الاتصال وتشمل تعليم الطفل وإكسابه مهارات القراءة والكتابة والهجاء، وتعليمه اللغة بشكل يمكنه من استعمالها في القراءة والكتابة والاتصال.

4- المهارات الاجتماعية، وتشمل تعليم الطفل مهارات التفاعل الاجتماعي والتكيف داخل الأسرة والمجتمع وتحمل المسؤولية... الخ.

5- المهارات الصحية، وتشمل تعليم الطفل العادات الصحية المناسبة بشأن النظافة والتغذية والعناية بالأسنان وغير ذلك مما يساعد في المحافظة على صحة الطفل الجسمية.

6- مهارات السلامة والأمن، وتشمل تعليم الطفل مهارات السير في الأماكن العامة وقطع الشوارع واستخدام وسائل النقل وتجنب مخاطر الأمن والسلامة.

7- المهارات الحركية والتربية الرياضية. وتشمل مهارات التناسق الحركي والدقة الحركية والسرعة في الأداء الحركي وخاصة في مجال الحركات الدقيقة.

8- المهارات الترويحية والفنية، وتشمل تعليم الطفل قضاء وقت الفراغ

والاستماع إلى الموسيقى وممارسة بعض الأعمال الفنية كالرسم والموسيقى والغناء والتمثيل.

9- المهارات المهنية، وتشمل تعليم الطفل تلك المهارات التي يحتاجها في ممارسة الأعمال المهنية في المستقبل والتي تفسح له مجال المشاركة في الإنتاج وتحقيق إمكانية الاستقلال والاعتماد على الذات. ويتم ذلك بالطبع من خلال برامج التوجيه المهني والتقييم والتدريب والتشغيل.

10- التدريب الحسي والمهارات الحسية وذلك من خلال التأكيد على تدريب الطفل المعاق على تمييز الأصوات والألوان والأشكال والروائح بالإضافة إلى تدريب حاسة اللمس. أما أهمية هذا التدريب فتأتي من حيث أن الطفل المعاق يعتمد على التعلم الحسي أكثر من اعتماده على التجريد.

11- تنمية العمليات والمهارات العقلية وتشمل تعليم وتدريب الطفل المعاق على عمليات التمييز والتذكر والتخيل والتعميم وإدراك العلاقات والتفكير وتطور المفاهيم وطرق حل المشكلات.

البرامج التعليمية للإعاقة العقلية المتوسطة (القابلين للتدريب):

يتطلب وضع استراتيجيات تعليمية خاصة بالأطفال المعاقين بدرجة متوسطة، بالإضافة إلى نسب الذكاء، تقييم مظاهر السلوك التكيفي وتحديد موقف هؤلاء الأطفال فيما يتعلق ببعض العوامل الأخرى، يأتي في مقدمة هذه العوامل التعرف على مظاهر النمو الجسمي والحركي، ومهارات النمو اللغوي، والتوقعات التعليمية والمهنية، ومظاهر التفاعل الاجتماعي، وسمات الشخصية.

تتراوح نسبة ذكاء أطفال هذه الفئة طبقاً لاختبار وكسلر فيما بين (54-40)، وطبقا لاختبار ستانفورد بينيه فيما بين (51-36).

وتحتاج برامج التربية الخاصة للأطفال المعاقين بدرجة متوسطة إلى إدخال أشكال من التنظيم على البرامج التعليمية العادية، ومدارس التعليم العام بوضعها العادي لا تستطيع الوفاء بجميع الخدمات المطلوبة لهؤلاء الأطفال المعاقين مما يترتب عليه الحاجة إلى إعادة التنظيم في الجوانب الإدارية لمثل هذه الصفوف، بوجه عام، عند محاولة إعادة تنظيم الصفوف الدراسية لتتلائم مع الأطفال المعاقين تؤخذ النقاط التالية بعين الاعتبار:-

أ- في مستوى ما قبل المدرسة (الأعمار تتراوح ما بين 3-5 سنوات): يفضل أن يكون البرنامج التعليمي في هذه المرحلة ممتداً على مدى نصف يوم دراسي، تكون الأهمية مركزة في هذا البرنامج على تطوير مهارات الاعتماد على النفس عند الطفل، ومساعدته على تعلم بعض المهارات المرتبطة بالنطق والكلام، كما يهتم البرنامج أيضاً على تدريب الطفل على بعض المهارات الحركية ومهارات التفاعل الاجتماعي.

ب- في مستوى المرحلة الابتدائية (تتراوح الأعمار بين 6-9 سنوات): يمكن أن يمتد اليوم المدرسي في هذه المرحلة على مدى خمس ساعات، يتضمن التدريب في هذا البرنامج بصفة خاصة المهارات الحسية (السمعية والبصرية) اللازمة لعملية التعلم.

جـ- في مستوى التعليم المتوسط (الأعمار تتراوح ما بين 9-12 سنة): في هذه المرحلة المتوسطة يمكن أن يمتد اليوم المدرسي إلى يوم كامل، في هذه المرحلة يبدأ تدريب الأطفال على العمليات الأكاديمية وبصفة خاصة على المهارات اللازمة لعملية القراءة والقيام ببعض العمليات الحسابية البسيطة. كذلك يهتم البرنامج التعليمي بتدريب الأطفال على شغل أوقات الفراغ من خلال ممارستهم لبعض الهوايات والأنشطة المفيدة كالموسيقى والألعاب الرياضية وبعض الأنشطة الفنية الأخرى. من المهم أيضاً في هذه المرحلة العمل على تنمية بعض المهارات

الاجتماعية بالطرق المختلفة مثل الانتماء إلى أسر مدرسية وغير ذلك من أساليب.

د- في مستوى المرحلة الثانوية (تزيد الأعمار في هذه المرحلة عن 13 سنة): في هذه السن تركز البرامج التعليمية للأطفال المعاقين بدرجة معتدلة على مظاهر التدريب المهني مع استمرار التدريب أيضاً في المجالات التي تكون قد بدأت في المراحل السابقة، يمكن التدريب في هذه المرحلة على القيام بإعداد بعض الوجبات الغذائية البسيطة وبصفة خاصة بالنسبة للإناث.

وعلى معلم التربية الخاصة أن يضع الأمور التالية في الاعتبار عند العمل مع هذه الفئة من الأطفال:

1- دراسة الاحتياجات الخاصة لكل طفل.

2- وضع الأهداف الواقعية للأساليب العلاجية لكل حالة.

3- تفهم مظاهر سلوك الطفل في الإطار النمائي.

4- تقديم العون اللازم للطفل أثناء فترات التدريب.

5- إتاحة الفرصة للطفل للقيام بعمل ما وإتمام هذا العمل.

6- اختيار المثيرات المناسبة التي تستدعي استجابات ملائمة من جانب الطفل.

7- تحقيق أقصى قدر ممكن من التنسيق بين العمليات التدريبية.

برامج تعليم حالات الإعاقة العقلية الشديدة والمتوسطة:

تحتاج حالات الإعاقة العقلية الشديدة والمتوسطة إلى الإيواء المستمر في مؤسسة أو معهد أو مستشفى. وتهدف برامج تعليمهم إلى مساعدتهم على التكيف الاجتماعي داخل المؤسسة أو المعهد وتتضمن الآتي:-

1- تعليم الطفل العادات الأساسية في الأكل واللبس والنظافة والتواليت.

2- تعليم الطفل كيف يعيش مع جماعة ويكون علاقات اجتماعية.
3- تعليم الطفل المواقيت بمفاهيم بسيطة مثل الشهور والأيام والساعات.
4- تعليم الطفل كيف يستبدل النقود ويتصرف فيها.
5- تعليم الطفل المهارات البسيطة التي تساعده على رعاية نفسه، كأنما يعد طعاماً خفيفاً أو ينظف غرفته.

وأشار دنكان (Dinkan) إلى ضرورة الربط بين برامج التدريب وبرامج التعليم، بحيث يكون التركيز على الأعمال التي تنمي القدرات وتقوي النشاط الذهني وتساعد على التفكير والتخطيط وإدراك العلاقات. ووضع هافمستر (Hafemester) برنامجا لتعليم حالات الإعاقة العقلية الشديدة، يتضمن تدريبهم على عمليات التواليت والنظافة والاستحمام واستخدام الصابون والفوطة والماء، وتعليمهم كيف يحافظون على أنفسهم وسلامتهم، وتدريبهم على معرفة أسماء الشوارع المحيطة بالمؤسسة، وإنفاق مصروفهم اليومي، وتعويدهم الحياة العادية. وأيده في ذلك نومان إليس (N. Ellis) الذي أشار إلى ضرورة التركيز على التعليم الاجتماعي وهو أفضل من التركيز على التعليم الأكاديمي.

واختلفت نتائج الدراسات حول أهمية التعليم الأكاديمي لحالات الإعاقة العقلية الشديدة والمتوسطة. ففي دراسة لأساتذة من جامعة مينسوتا (Mennesota) سنة (1953)، قيموا فيها برامج التعليم لمدة أربع سنوات ، أشاروا إلى فشل حالات الإعاقة العقلية الشديدة والمتوسطة في تعليم القراءة والكتابة والحساب في حين يرى كيرك (Kirk) سنة (1957) إمكان تعليم حالات الإعاقة العقلية الشديدة والمتوسطة (التي يتوفر لديها القابلية للتدريب) أن تكتب اسمها، وتقرأ بعض إشارات المرور، مثل قف، وسر، وخطر، وعبور المشاة... الخ.

ويذهب وارن (Werren, S. A.) إلى ضرورة بذل الجهود حتى يعلم هذا المستوى مبادئ القراءة والكتابة والحساب البسيطة. ويقول لا يمكن أن نتجاهل

أنهم سوف يتعلمون بعض المفاهيم الأساسية في القراءة والكتابة والحساب، وما علينا إلا أن نختار هذه المفاهيم، ونركز عليها حتى يتعلموها.

مناهج الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتدريب:

تصمم برامج الأطفال المعاقين القابلين للتدريب لتلك الفئة من الأطفال المعاقين عقلياً الذين تقل درجة ذكائهم عن (50) درجة ممن تمكنوا من ضبط عمليات الإخراج والتبول بالإضافة إلى قدرتهم على التعبير عن حاجاتهم الأساسية. وبالرغم من عدم قدرة هؤلاء الأطفال على الاستفادة من التعليم الأكاديمي إلا أنه يمكن تدريبهم على إتقان بعض المهارات المحددة.

هذا ويقوم منهاج الأطفال المعاقين القابلين للتدريب على عدد من الافتراضات تتلخص فيما يلي:-

1- إن الأطفال المعاقين القابلين للتدريب لن يكونوا قادرين على الاستقلال الكلي في حياتهم الاقتصادية والاجتماعية عندما يصلون إلى مرحلة الشباب. ولذلك فإن من المتوقع أن يبقى هؤلاء معتمدين على غيرهم إلى حد ما. إلا أن الحديث عن عدم تمكنهم من الاستقلال الكلي لا يعني أنهم غير قادرين على العمل المنتج والتحصيل، أو أنهم غير قادرين على المشاركة الاجتماعية بقدر ما يعني أنهم سيبقون دائما بحاجة إلى نوع من المساعدة والإشراف.

2- يقدر معدل نموهم العقلي بما يساوي (1/ 4) إلى (1/ 2) معدل الطفل المتوسط، ولذلك فإن مستوى النمو العقلي للمعاق عقلياً القابل للتدريب يصل إلى مرحلة النضج يساوي مستوى النمو العقلي لطفل سوي يتراوح عمره ما بين (4-8) سنوات فقط.

وبالرغم من أن هذه الافتراضات تنطبق وتصدق على غالبية الأطفال المعاقين القابلين للتدريب إلا أنها قد تقف حائلاً دون نمو وتطور بقية أطفال

هذه الفئة ممن يتمتعون بقدرة أفضل على الاستقلال والنمو العقلي. ولذلك فإننا حين نصمم مناهج الأطفال القابلين للتدريب علينا أن لا ننسى أن بعضهم يستطيعون الوصول إلى درجة من الاستقلال الكلي والاعتماد على الذات.

إن الفلسفة الأساسية التي تقوم عليها مناهج المعاقين القابلين للتدريب تقوم على اعتبار أن الهدف الأساسي من التربية بشكل عام هو تمكين الفرد من تنمية إمكانياته واستعداداته المتوافرة لديه إلى أقصى درجة ممكنة مهما تكن هذه الإمكانيات والاستعدادات محدودة. ولذلك فإن الهدف النهائي الذي تسعى إلى تحقيقه مناهج المعاقين من أبناء هذه الفئة هو تمكين الواحد من المشاركة في عمل مفيد والعمل ضمن إطار اجتماعي كالأسرة أو المؤسسة. وحتى يستطيع هذا الفرد أن يحقق ذلك فإن عليه أن يعنى بحاجاته الفيزيولوجية والجسدية، ولباسه ونظافته وأن يقوم ببعض الأعمال المنزلية الروتينية، وهذا ما يسعى إلى تحقيقه منهاج هذه الفئة من الأطفال المعاقين.

هذا ويمكن تحديد الأهداف العامة لمنهاج الأطفال المعاقين القابلين للتدريب بالأهداف الثلاثة التالية:-

1- تنمية القدرة على العناية بالذات والخدمة الذاتية:

أما الهدف الأول فيقصد به تعليم الطفل المهارات الأساسية التي تساعده على الرعاية الذاتية والاهتمام بقضاء حاجاته بنفسه كارتداء الملابس وتناول الطعام واستعمال الحمام واتباع نظام النوم المناسب لدرجة تجعله غير معتمد على غيره في قضاء مثل هذه الحاجات الشخصية. ومع هذا النوع من الاستقلال شائع بين الأطفال العاديين بعد سن الثالثة أو الرابعة إلا أنه من الضروري تعليم الطفل القابل للتدريب مهارات العناية بالذات في عمر متقدم. هذا ويمكن الاستفادة من تطبيق أساليب تعديل السلوك (Behavior Modification) التي تعتمد على مبادئ التعلم في تعليم هؤلاء الأطفال مثل هذه المهارات.

2- تنمية القدرة على التكيف الاجتماعي في إطار الأسرة والحي:

وأما فيما يتعلق بالهدف الثاني وهو تنمية القدرة على التكيف الاجتماعي في إطار الأسرة والبيئة المحلية أو الحي، فإنه يمكن القول أننا لا نتوقع من الطفل المعاق القابل للتدريب أن يصبح مستقلاً في بيئته استقلالاً كاملاً بقدر ما يتوقع منه القدرة على المعيشة في البيت أو الحي والتعامل الاجتماعي في هذا الإطار. وبالطبع فإن إنجاز هذا الهدف ينطوي على تعلم اللغة، والتعاون مع الآخرين ومشاركتهم العمل والطاعة، واتباع التعليمات والشعور بمشاعر الآخرين، وغير ذلك من جوانب العلاقات الشخصية وخاصة ما يرتبط منها بالحياة اليومية. والواقع أن مسألة التكيف الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية ليست موضوعاً يمكن تعليمه كالقراءة والحساب والتاريخ وغير ذلك، بل هي نوع من النمو يأتي من خلال نشاطات الترفيه واللعب والغناء والتمثيل والتعايش مع الآخرين.

3- تنمية الكفاءة الاقتصادية (Economic Usefulness) في البيت والمؤسسات المحمية:

أما فيما يتعلق بالكفاءة الاقتصادية وهي الهدف الثالث من أهداف تربية المعاقين القابلين للتدريب وخاصة في مجال الأسرة والبيت والمؤسسات المحمية حيث لا يتوقع من هؤلاء الأفراد القيام بالأعمال المهنية بشكل مستقل بل يمكن تدريبهم بحيث يكونون ذوي فائدة في المنزل والمدرسة أو في المؤسسة. ففي المنزل تبرز الكفاءة الاقتصادية في مجال المساعدة في أعمال المنزل كالطبخ والغسيل والأعمال التي تتطلبها حديثة المنزل... الخ. ويمكن تعليم الطفل هذه النشاطات من خلال العناية بغرفة الصف والطبخ والتنظيف وغسل الصحون والفن وأعمال النجارة والخشب.

عناصر المنهاج للأطفال المعاقين القابلين للتدريب:

من المعروف أن العمر العقلي للأطفال من فئة المعاقين القابلين للتدريب تتراوح ما بين (3-7) أو (3-8) سنوات فقط. ولذلك فإن المناهج التربوية التي تصلح للأطفال العاديين أو المعاقين القابلين للتعليم لا تصلح لأبناء هذه الفئة. ومن هنا فإن عناصر المنهاج المخصص لهؤلاء تنصب حول تحقيق الأهداف الثلاثة التي ذكرت قبل قليل من خلال النشاطات والخبرات التالية التي تشكل عناصر المنهاج:

1- **القراءة:** إن قدرة الطفل القابل للتدريب على القراءة حتى من كتب الصف الأول الابتدائي محدودة جداً قد لا تتعدى قراءة وتمييز اسمه وبعض الكلمات المتفرقة والجمل التي تستعمل غالباً في حياتهم اليومية مثل أم، أب، رجل، امرأة، شارع، منزل،... الخ.

2- **الحساب:** إن الطفل القابل للتدريب لا يستطيع تعلم الحساب والعمليات الحسابية التي يتعلمها الأطفال في المدارس الابتدائية، إلا أنه يبقى قادراً على إدراك مفاهيم الكم والتمييز بينها مثل كبير وصغير، قليل وكثير، طويل وقصير، منخفض ومرتفع... الخ. هذا بالإضافة إلى إمكانية تعلم العد من (1-10) وتعلم مفاهيم الزمن والوقت وقيمة النقود من ذوات القيم القليلة.

3- **الفنون والمهارات اليدوية:** وتشمل نشاطات مثل الرسم والتلوين وأعمال التطريز البسيطة وأعمال الخشب والقص واللصق مما يمكن أن يساعد في تنمية القدرة على الضبط الحركي وتقدير وتميز الألوان والأشكال بالإضافة إلى تدريب الطفل على ممارسة النشاط وإنجاز المهمات الموكلة إليه.

4- **التمثيل والدراما:** حيث يقوم الأطفال بتمثيل بعض القصص والأغاني ترافقها إشارات حركية تعبيرية. مثل هذه النشاطات تساعد على تنمية القدرة على الكلام والعمل الجماعي والتعرف على ثقافة مجتمع الطفل.

5- **الصحة الجسمية والعناية بالذات:** وتشمل نشاطات التدريب على نظافة الأسنان والنظافة العامة والحفاظ على الذات وتناول الأنواع المختلفة من المواد الغذائية المفيدة وغير ذلك من العادات الصحية مما يجب التأكيد عليه في كل من المدرسة والبيت أيضاً.

6- **اللغة:** وتشمل تعليم الكلام ومفهوم الفعل والاسم، كما تشمل مهارات الإصغاء والمناقشة.

7- **النمو العقلي:** وتشمل مساعدة الطفل على تنمية القدرة على التخيل والإدراك والتذكر والتمييز والتعميم وحل المشكلات وبناء المفاهيم.

8- **النشاطات العملية الحياتية أو نشاطات ما قبل التدريب المهني:** وهذا النوع من النشاط المنهجي يصلح بشكل خاص للكبار من أبناء هذه الفئة وتشمل نشاطات الطبخ والخياطة والغسيل والجلي وتحضير مائدة الطعام والمساعدة في أعمال المنزل. وتهدف هذه النشاطات إلى تنمية مهارات واتجاهات مهنية مناسبة عند المعاقين القابلين للتدريب.

9- **نشاطات النمو الحركي:** تسعى إلى تنمية القدرات الحركية عند الطفل المعاق من خلال نشاطات اللعب، والترويح، والمهارات اليدوية والألعاب التي تتطلب مهارات حركية كتركيب المكعبات والصور.

10- **نشاطات الخدمة والعناية الذاتية:** وتشمل التدريب على استعمال الحمام، واللبس، وتناول الطعام، والاهتمام بالملابس، والغسيل وقضاء الحاجات الشخصية للفرد.

11- **نشاطات التنشئة والتطبيع الاجتماعي:** (Socialization) وتشمل تعليم الطفل المعاق المهارات الاجتماعية التي تساعده على التفاعل مع الآخرين، مثل إلقاء التحية، والسلام، وإتقان آداب الحديث، ومساعدة الآخرين، والحفاظ على آداب السلوك التي تساعد في بناء العلاقات الإنسانية السليمة.

12- **الدراسات الاجتماعية:** وتضم عادة معرفة العطل ووسائل النقل، والواجبات الدينية والأسرية ومعرفة أيام الأسبوع وأشهر السنة... الخ.

13- **الموسيقى:** وهي الوسيلة التي يستطيع الطفل المعاق أن يتعلم من خلالها أشياء كثيرة كالغناء والرقص والألعاب الموسيقية وغير ذلك من النشاطات التي تساعد على نشر الطاقة والتعبير الانفعالي.

14- **التربية الرياضية:** وتشمل نشاطات الرياضة البدنية التي تخدم جوانب الصحة الجسمية والنمو الحركي.

15- **المهارات المهنية:** وهكذا نلاحظ أن اهتمام المنهاج الخاص بالمعاقين عقلياً القابلين للتدريب يركز على تنمية المهارات والاتجاهات التي تساعد الطفل على الوصول إلى مستوى من الكفاءة الشخصية والاجتماعية والاقتصادية بشكل يجعله أقل اعتماداً على الغير مستفيداً من كل طاقاته وإمكانياته واستعداداته. ومما يميز هذا المنهاج أيضاً قلة التركيز على النواحي الأكاديمية باعتبارها أقل أهمية لأبناء هذه الفئة من المعاقين عقلياً ولعدم قدرتهم على إتقان تعلم تلك الأكاديمية. ولذلك يتجه المنهاج إلى التركيز على النشاطات التي تفيد الطفل في حياته اليومية في إطار المنزل والبيئة المحلية والمؤسسات المحمية.

مناهج الأطفال شديدي الإعاقة العقلية أو الاعتماديين:

يظهر الطفل المعاق عقلياً بدرجة حادة نقصاً كبيراً في النمو الجسمي وفي أساليب التواصل، كما يعجز عن القيام بالأمور المتعلقة بالعناية الشخصية، ويبدو على مثل هذا الطفل النقص الواضح في قدرته العقلية إذ تقل نسبة ذكائه عن (25). الغالبية العظمى من هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى البقاء في مؤسسات توفر لهم الرعاية اللازمة نظراً لحالتهم الصحية التي تكون عادة سيئة ومتدهورة، تعتبر البرامج الصحية والطبية من أهم البرامج المميزة لهذه الفئة من الأطفال.

أما فئة المعاق العقلية الشديدة فإنها تضم أطفالاً تتراوح نسب ذكائهم ما بين (20-39)، نسبة الذكاء في حد ذاتها- في هذه الحالات- لا تحدد طبيعة الخدمات الواجب توفيرها لمثل هؤلاء الأطفال وإن كانت تعتبر بمثابة مؤشر عام أمام المعلم عند محاولة وضع خطط ملائمة، لمواجهة الحاجات الخاصة لأطفال هذه الفئة، بعض الأطفال المصابين بإعاقة عقلية شديدة ينتمون إلى فئة الأطفال المعاقين القابلين للتدريب.

لا نستطيع الحديث عن مناهج تربوية لتعليم هذه الفئة من المعاقين عقلياً بنفس المعنى الذي نتحدث فيه عن مناهج تربوية لفئة المعاقين القابلين للتعلم أو فئة القابلين للتدريب ذلك أن أفراد هذه الفئة يتميزون بانخفاض مستوى الأداء العقلي إلى درجة تجعلهم معتمدين على الآخرين بشكل تام وبحاجة إلى الرعاية الدائمة ولا يمكنهم إتقان مهارات اكتساب اللغة والقراءة والكتابة والحساب... الخ. وإذا كانت أهداف تربية وتدريب الأطفال المعاقين عقلياً من فئتي القابلين للتعليم والقابلين للتدريب تنطوي على إكسابهم مهارات وعادات واتجاهات ومعلومات تمكنهم من الاستقلال الكلي في بعض الحالات والجزئي في حالات أخرى كما تنطوي على إكسابهم مهارات مهنية تمكنهم من الاعتماد على الذات في كسب عيشهم في كثير من الحالات بالإضافة إلى تنمية كفاءاتهم الاجتماعية والشخصية، فإن أهداف تربية وتدريب الأطفال المعاقين شديدي الإعاقة أو الاعتماديين تنطوي على مجرد إكسابهم مهارات محدودة تنحصر في مهارات العناية الذاتية والتوافق الاجتماعي ومهارات العمل المحدود بالإضافة إلى نمو القدرة على الكلام وتطوير القدرة اللغوية التي تجعل إمكانية التواصل بينهم وبين الآخرين ممكنة.

وبسبب شدة إعاقة أبناء هذه الفئة من الأطفال المعاقين فقد اعتقد سابقاً بأن هؤلاء الأطفال غير قادرين على التعلم أو التدريب وأطلق عليهم فئة غير القابلين للتعلم أو التدريب، ولهذا فقد بقي الاهتمام بهؤلاء ورعايتهم مقتصراً

على المهن الطبية التي ساعدت في تقديم خدمات الرعاية الذاتية التي لم تتعد توفير خدمات المأكل والمشرب والمسكن بالإضافة إلى الخدمات الصحية.

أما هذا الاعتقاد فقد ساعد على إهمال المهن التربوية والاجتماعية والنفسية لأبناء هذه الفئة لفترة طويلة واعتبرت هذه الخدمات ثانوية بالنسبة لهؤلاء. ولكن وفي خلال العقد الأخير من هذا القرن ومع تطور أساليب تعديل السلوك (Behavior Modification Techniques) التي تعتمد أساساً على نظرية التعلم السلوكية ومبادئها الأساسية كالأشراط والتعزيز والتعميم والتمييز والمحو فقد اختلفت تلك النظرة المتعلقة بإمكانية تدريب هؤلاء الأطفال شديدي الإعاقة العقلية.

وتتضمن المناهج المعدة لذوي الإعاقة العقلية الشديدة جداً العناصر الأساسية التالية:

أ- مرحلة ما قبل المدرسة:

1- الإثارة الحسية – الحركية.

2- النمو الجسدي.

3- الإثارة اللغوية.

4- العناية بالذات.

5- الاستجابة للبيئة الاجتماعية.

ب- مرحلة المدرسة:

1- النمو الحسي الحركي.

2- العناية بالذات.

3- النمو اللغوي.

4- النمو الاجتماعي.

5- النمو الجسمي.

جـ- مرحلة الرشد:

1- التكامل الحسي – الحركي.

2- التوجيه الذاتي والعمل.

3- العناية بالذات.

وفي مصر قام أحمد بوضع نموذج لبرنامج يمكن أن يحتذى به، كما يمكن تنفيذه مع الأطفال المعاقين عقلياً في وطننا العربي، ويتضمن هذا البرنامج الخطوط الرئيسية التالية:

1- مساعدة المعاق لنفسه:

كيف يلبس ملابسه، كيف يلبس حذاؤه بطريقة صحيحة، كيف يقوم بربط وفك حذائه، كيف يضع ملابسه في أماكنها المتخصصة، كيف يعنى بصحته ونظافته، كيف يستخدم فرشاة الأسنان وفرشاة الملابس.

2- التدريب العملي:

كيف يحافظ على مدرسته وصفه، كيف يعد مائدة الطعام كيف ينظف المائدة قبل وبعد الأكل، كيف يضع الأطباق في أماكنها، كيف يحافظ على حجرته ونظافتها، كيف يجيب على الهاتف وكيف يرسل الخطابات.

3- التدريب اللغوي:

كيف يتعلم أسماء الأشخاص والأشياء القريبة منه، كيف ينطق بطريقة سليمة، كيف يستمع إلى القصص ويرد على الأسئلة.

4- **البرامج الدراسية:**

تعلم أساسيات الكتابة والقراءة والحساب والعلوم مع مراعاة أن عمر المعاق العقلي يتراوح ما بين (3-10) سنوات على أن يضع في الاعتبار الأساسيات التالية:

* حالة المعاق نفسه من حيث نمو قدراته الطبيعية اللازمة للقراءة والكتابة مثل القدرة على القبض على القلم وحركة العين اللازمة للقراءة.
* مراعاة قدرة المعاق على الانتباه محدودة وليس في إمكانه التركيز سوى دقائق بسيطة، كما أن إدراكاته الحسية ضيقة وقدراته على الفهم والاستيعاب بطيئة.

5- **التطبيع الاجتماعي:**

تعلم احترام العادات والتقاليد السائدة، آداب السلوك، آداب الحديث، آداب الاستماع، المحافظة على ملكية الآخرين، الولاء للجماعة، تحمل المسؤولية والوفاء بالوعد.

6- **الأمان:**

التعرف على الأشياء حوله من حيث خطورتها وأمنها من حيث حرارتها وبرودتها، من حيث نعومتها وخشونتها التعرف على أدوات الكهرباء، البوتاجاز، المواد السامة، عبور الطريق، إشارات المرور، علامات الخطر، الآلات الحادة.

7- **الصحة:**

التعرف على الأمراض المعدية، تعلم بعض العادات الصحية، آداب وأماكن التبول، الإسعافات الأولية، نظافة الجسم والملبس والعناية بهما.

8- المهارات الحركية:

تعلم الألعاب الجمعية والفردية التي تتطلب تآزرا بين أجزاء الجسم، طريقة المشي الصحيحة، الجري، الصعود والهبوط على السلم، استخدام الدراجة، مسك الكرة، استخدام المتوازيين، بعض الرقصات الإيقاعية، الرسم، النجارة، الصلصال، فلاحة البساتين، الأشغال الفنية الأخرى.

9- الإدراك الحسي:

التمييز بين الألوان والأشكال، عمل خطابات، التلوين رسم الصور، التعرف على الوزن والحجم والأرقام والزمن والمسافات والأطوال.

10- المهارات الأساسية:

أ- القراءة: نقل عبارات مكتوبة، كتابات خطابات، كتابة أسماء زملائه في الصف، كتابة أسماء شخصيات معروفة، بطاقة المعايدة.

ب- الحساب: تنمية المفاهيم الكمية، تنمية المهارات الحسابية في الحياة اليومية، توضيح العلاقات بين الأعداد والرموز، التخفيف من طريقة العد على الأصابع، استخدام طريقة التدريب الموزع.

جـ- العلوم: العناية بالطيور والحيوانات الأليفة، زراعة حديقة المدرسة، معرفة فصول السنة، تغييرات الجو، الحشرات الضارة.

د- الدراسات الاجتماعية: الشرطة ومسؤولياتها، مؤسسات البيئة، الجيران، المواصلات وأنواعها.

هـ- الأنشطة التعبيرية: استخدام القصص، الموسيقى، التصوير، النحت، الأشغال الفنية، النجارة التمثيل.

11- إصلاح عيوب النطق والكلام:

هذه مسؤولية مشتركة بين المعلم أو المعلمة وأخصائي التدريب لتعليم المعاق كيفية إخراج الحروف ومراعاة الوضوح في الكلام مع المعاق واستثمار العملية التعليمية داخل الصف وخارجه لإثارة تفكيره، ومساعدته في استخدام الأجهزة واللعب التعليمية في تنمية العمليات العقلية العليا.

ووصولا إلى المستهدف من هذا البرنامج المقترح فإن واضعه يورد الأمثلة العملية التي يمكن استخدامها لإنجاز هذا البرنامج بنجاح.

أولا: العناية بالصحة والعافية والنظافة.

وذلك عن طريق التعلم المقصود وذلك بالقدوة وتقليد الآخرين حوله وإتاحة الفرص له للممارسة الفعلية وتقديم المساعدات الممكنة له وتعويده العادات الطيبة المتعلقة بالصحة والنظافة مما يساعد المعاق على حسن التكيف.

ثانيا: الأنشطة التعبيرية.

يجب أن يراعي المعلم أو المعلمة اختيار النغمات البسيطة للسماع أو اللعب على الآلات الموسيقية، وأن تتاح للمعاقين فرص اللعب التلقائي والتنغيم وسماع مختارات من الموسيقى ويراعى في اختيار الأغاني ذات الألحان البسيطة والنبرات الواضحة القوية كالأناشيد الوطنية والأغاني الشعبية.

ثالثا: المهارات الحركية.

ويجب أن تستهدف المعلمة من تنمية المهارات الحركية لدى المعاقين لإصلاح عيوب أجسامهم وإزالة التوترات النفسية التي تعترضهم على أن تزود بالأجهزة المفيدة للرقص الإيقاعي والتمثيل التلقائي.

رابعا: نمو اللغة وإدراك المعاني.

ومن الوسائل التي يجب على المعلمة مراعاتها والأخذ بها في تنمية اللغة وإدراك المعاني عند المعاقين ما يلي:

- توفير الوسائل الثقافية المختلفة في المدرسة لزيادة خبرات المعاقين وأفكارهم.
- إتاحة الفرص المتعددة للمعاقين للكلام مع الآخرين.
- سرد القصص على المعاقين وتشجيعهم على إعادتها.

وقد أدى الاهتمام باستراتيجيات تربية وتعليم وتدريب المعاقين عقلياً التوسع في إنشاء المراكز والمدارس والصفوف الخاصة بفئة القابلين للتعلم في أمريكا وأوروبا وكذلك في وطننا العربي.

مثال لبرنامج مدرسي لتعليم المعاقين عقلياً:

نظرا إلى أن برنامج مدرسي يجب أن يضع في المقام الأول الاهتمام بالفرد ككل، وألا يتجاهل في نفس الوقت علاقته بالآخرين كفرد في المجتمع، مع الاهتمام بحاجة المعاقين عقلياً إلى التدريب في مجالات تنمية مهارات معينة حسب حالة كل منهم، فإننا نقترح أن يشتمل البرنامج على الوحدات التالية بالإضافة إلى أية وحدات خاصة أخرى يراها واضعوا البرنامج:

1- التدريب على إتقان استخدام اللغة وزيادة الرصيد اللغوي لدى الطفل، وفهم الكلام المقروء والمسموع.

2- التدريب على السلوك الحسي الحركي بحيث يستطيع الطفل المعاق عقلياً إتقان عملية التوافق بين أجهزة الحس والجهاز العضلي (حركة اليدين وباقي أعضاء الجسم).

3- التدريب على السلوك الاجتماعي وكيفية التصرف في المواقف الاجتماعية اليومية مثل، ماذا يعمل المعاق عقلياً عندما يؤذي شخصاً

بطريقة غير مقصودة، أو كيف يتصرف في حالة عدم سماعه الكلام بوضوح، أو كيف يتخذ قراراً معيناً. ويتم التدريب على هذه المهارات في مجموعات.

4- التدريب على العناية بالنفس في الملبس والمأكل والاهتمام بالنظافة الشخصية.

5- التدريب على المهارات الأكاديمية كالقراءة والكتابة والحساب مع الاهتمام بالمسائل العملية مثل عدد الأشياء واستخدام النقود، وشراء بعض اللوازم، وغيرها.

6- التدريب على تحمل المسؤولية مثل المحافظة على أشياء الغير وعدم إتلافها، ومشاركة الآخرين في تحمل المسؤولية، واحترام القوانين واللوائح.

7- التدريب على عمليات التوافق الانفعالي عن طريق ضبط النفس وعدم الغضب أو التصرف بعنف تجاه الغير، وكيفية التصرف تجاه النقد الموجه إليه أو الفشل في الأداء.

8- الاهتمام بنشاطات اللعب والرياضة والنشاطات الترويحية، وتعتبر الألعاب الرياضية والترويحية ذات أهمية كبرى في حياة الطفل المعاق عقلياً، لأن النشاط الجسمي يعتبر من الضرورات الحياتية. ويحتاج الطفل المعاق إلى تعلم كيف يلعب نظراً لافتقاره إلى المهارات الحركية أحياناً، وبخاصة في مجال النشاطات الترويحية العادية، إلا أن التشجيع والتوجيه وعوامل الاستثارة تعمل على دفعه للمشاركة في النشاطات وتعديل سلوكه لمساعدته على النجاح.

محتويات برامج المعاقين عقلياً في المؤسسة:

أ- محتويات برامج صغار السن.

1- الأناشيد.

2- الموسيقى.

3- المحادثة وسرد القصص.

4- الرسم.

5- الألعاب الرياضية.

6- الزيارات.

7- الألعاب المختلفة (محددة).

8- الطبخ البسيط.

9- الألعاب الحرة.

ب- محتويات برامج الأطفال الأكبر عمراً (إضافة للبرامج السابقة).

1- المحادثة.

2- العلوم والطبيعة.

3- الطبخ.

4- النشاط الرياضي.

5- الموسيقى والحركة.

6- الأعمال المنزلية.

7- الأعمال اليدوية (إنتاجية).

8- مشاهدة التلفزيون.

9- الاستماع للبرامج الإذاعية.

10- عرض الأفلام والشرائح (السلايدات).

11- السباحة.

12- الأنشطة الخلاقة.

التأهيل المهني:

يقصد بالتأهيل المهني (Vocational Rehabilitation) إعداد الشخص المعاق عقلياً للحياة العملية، بتدريبه على مهنة مناسبة، وتشغيله في عمل مفيد، يشعره بالسعادة والكفاءة، ويمكنه من إعالة نفسه وإعالة أسرته. وهذا يعني أن برامج تأهيل المعاقين عقلياً لا تقل أهمية عن برامج تعليمهم وعلاجهم إن لم تكن تفوقها، لأن البطالة تجعل المعاق عقلياً سيئ التوافق مع نفسه ومع مجتمعه، والعمل يجعله حسن التوافق، حيث يشعره بالجدارة وتقدير الذات، وينقله إلى مركز الراشدين في المجتمع، ويعطيه حرية الحصول على ما يريد، ويشعره بتقدير أهله وجيرانه، خاصة وأن مجتمعاتنا تمجد العمل والعاملين، وتمقت البطالة ولا تحترم العاطلين عن العمل.

وقد يعتقد البعض في عدم صلاحية المعاقين عقلياً إلا للتدريب على الأعمال اليدوية البسيطة: مثل عمل المكانس، وكراسي الخيزران، وسلال المهملات، والسجاد والنسيج اليدوي. وهذا اعتقاد خاطئ لأن الدراسات بينت صلاحيتهم للتدريب على أعمال صناعية وزراعية كثيرة. فقد نجح إنجل (Engle) في تدريب بعض المعاقين- من المستوى البسيط- على أعمال ماهرة حصلوا منها على مرتبات عالية. من هذه الأعمال: سائق شاحنة، خياط لقلاع البراشوت وفني ماكينات خياطة. وتبين من دراسة دافيز (Davis) أن (50٪) من الأعمال في المصانع والفنادق والمطاعم والحدائق والمزارع يمكن تدريب المعاقين عقلياً عليها. وتبين من دراسة كروجر (Kruger) أن (45٪) من الأعمال التي تؤديها النساء في ولاية ميتشجان الأمريكية يمكن تشغيل المعاقين عقلياً فيها. ومن متابعة أوكونر (O'Connor) لستة أشخاص معاقين عقلياً (متوسط نسب ذكائهم

33) تدربوا على صناعة علب من الورق المقوى، وجد أن إنتاجهم قد تراوح بين (3000 و 4000) علبة في الأسبوع.

ولكن تأهيل وتشغيل المعاقين عقلياً ليس بالعمل السهل في الوقت الحاضر، بسبب حلول الآلة مكان الإنسان في كثير من الأعمال التي كانت تعتبر في الماضي مهناً نموذجية لتدريبهم عليها وتشغيلهم فيها. مما جعل من الضروري التخلي عن برامج التأهيل التقليدية، وإدخال برامج تأهيل حديثة، تساعد على إكساب المعاقين عقلياً المهارات اللازمة لأداء أعمال صناعية وزراعية حديثة، تمكنهم من الحصول على عمل، يحقق لهم دخلاً طيباً، يحقق لهم الاستقلال الاقتصادي. ومن حسن الحظ فإن الآلات التي قضت على الأعمال اليدوية، أوجدت كثيرة غير ماهرة، يمكن تدريب وتشغيل المعاقين عليها. فمن تحليل أنجر وبيير (Unger & Burr) للأعمال التي تؤدي في المصانع أشارا إلى العديد من الأعمال البسيطة التي يمكن أن ينجح في أدائها الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم العقلية بين (9 و 10) سنوات. وأيدهما أوكونر فأشار إلى مجموعة من الأعمال التي يمكن أن يؤديها الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم العقلية بين (5–8) سنوات.

ويعد تأهيل المعاقين عقلياً للحياة العملية، ومساعدتهم على تحقيق استقلاليتهم، واكتفائهم الذاتي من الناحية الاقتصادية بشكل جزئي أو كلي، وطبقا لما تسمح به استعداداتهم، من أهم الغايات التي تسعى البرامج التربوية والتأهيلية إلى تحقيقها، وذلك عن طريق:-

1- الكشف عن استعداداتهم المهنية، وتعريفهم بأسماء المهن والوظائف والأدوات المستخدمة في كل منها.

2- التدريب على عمل ما أو مهنة مناسبة تتوافق مع ميولهم وقدراتهم، وتنمية مهارات الأداء اللازم لها.

3- اكسابهم العادات والاتجاهات المهنية الملائمة لها، والسلوك المهني المقبول ومهارات الحفاظ على المهنة.

4- السعي لدى الجهات المختصة لتوفير فرص العمل والتشغيل.

أهداف التأهيل المهني للمعاقين عقلياً:

1- يهدف التأهيل المهني للمعاقين عقلياً إلى إعدادهم للعمل في حرفة أو مهنة من المهن التي تلائمهم، دون أن يعتمدوا على غيرهم بأقل قدر ممكن، ودون أن نضعهم في موقف تنافسي مع من يفوقوهم ذكاء وقدرة، وذلك في وسط يحميهم من مخاطر العمل وأضراره.

2- إكسابهم الخصائص الشخصية التي تمكنهم من الحصول على تقبل الآخرين لهم والتي تعاونهم على الاندماج في الجماعة التي يعملون بينها.

3- إكسابهم العادات الطيبة للعمل التي تساعدهم على أن يكونوا على قدر من الكفاية الإنتاجية والانتظام في العمل والتوافق معه، كعادات الانتظام والمواظبة واتباع الأوامر والتعليمات والتعامل الاجتماعي السليم.

التدريب المهني للمعاقين عقلياً:

يشير كارل جاريسون إلى أن المعاقين أقدر على أداء العمل النمطي المتكرر بفعالية أعلى من ذوي الذكاء العادي، وليس معنى ذلك أن جميع المعاقين عقلياً يميلون إلى هذا النوع من النشاط، إذ قد يميل بعضهم إلى بعض النشاطات المهنية التي قد تتطلب بعض المهارات أو إلى الأعمال اليدوية الخفيفة، بينما يفضل بعضهم الآخر العمل النمطي، غير أن المهم هو أن يتوفر لدى المعاق عقلياً الميل نحو العمل الذي يؤديه، وأن يشعر بالرضى عند الانتهاء من ذلك العمل، ويشتمل النشاط المهني على أعمال مثل التعبئة، والتصنيف، ونقل العبوات الخفيفة، وبعض أعمال المغاسل أو المطابخ والورش وغيرها.

ويشترط في تلك الأعمال توفر الحماية اللازمة والمراقبة، مع ملاحظة أنه يمكن لبعض المعاقين عقلياً التدرب على ممارسة بعض الفنون والخياطة، والنسيج والسجاد، والزراعة، والعزف على بعض الآلات الموسيقية.

بعض النقاط الواجب مراعاتها في تعليم وتدريب المعاقين عقلياً (التدريب المهني):

نورد فيما يلي بعض النقاط الهامة التي تساعد في تحقيق أهداف التعليم والتدريب في حالة المعاقين عقلياً وهي:

1- أن يتم التعامل مع شيء واحد فقط في نفس الوقت.

2- أن يعمل المعلم أو المدرب على استثارة السلوك التلقائي لدى الطفل.

3- ضرورة إيجاد علاقات وروابط بين المعلم أو المدرب وبين الطفل.

4- مراعاة أن تكون التعليمات أو الأسئلة واضحة ومحددة، وأن يكون الحدث ببطئ وبوضوح.

5- العمل على تنويع النشاطات مع ضرورة ملاءمتها لمستوى النمو والتقدم.

6- ضرورة التحلي بالصبر، مع البدء بتعليم الأمور السهلة أولاً ثم الانتقال تدريجياً إلى الأمور الصعبة، على أن يتم كل ذلك ببطئ.

7- الإقلال بقدر الإمكان من التوجيهات اللفظية وجعلها سهلة بقدر الإمكان.

المهن المناسبة لتأهيل المعاقين:

ومن الأعمال الحية التي يمكن تأهيل المعاقين عقلياً: فلاحة البساتين وتنسيق الحدائق، وتربية الحيوانات والطيور، وأعمال الخدمة في المصانع والمطاعم والفنادق، وأعمال المراسلة والحراسة، وأعمال تزويد السيارات بالبنزين، وغسيل وتشحيم السيارات، ولحام إطارات السيارات، والتنجيد واللحام، وأعمال البناء والدهان، وتصليح الأحذية، وتقطيع الخشب وتنعيمه، وغسل

الملابس، وتثبيت الكلف على الملابس، وتركيب الأزرار، وتجميع الإنتاج وتصنيفه وغيرها.

وقد جمع هنا مجموعات من المهن الحديثة التي أشار إليها كل من بكهام (Beckham, 1930) وإليس شانج (Alice Chaning , 1933) وعدلها لتناسب المعاقين عقلياً في المجتمعات العربية الذين تتراوح أعمارهم العقلية بين (5 و 12) سنة عقلية. والجدول يبين هذه الأعمال.

المهن المناسبة لتأهيل المعاقين عقلياً موزعة بحسب الجنس والعمر العقلي

البنين	البنات
5 سنوات عقلية	**5 سنوات عقلية**
جدل الحبال	فرز الملابس
صناعة الشباك	تهيئة الخضار
العمل في حظائر الحيوانات والدواجن	الحياكة البسيطة
فلاحة البساتين	صناعة علب الورق
حمل الأشياء	
صناعة الفرش (المخيمات)	
سنفرة الخشب	
فرز الملابس	
6 سنوات عقلية	**6 سنوات عقلية**
أعمال الزراعة	كي الملابس
تربية الحيوانات والطيور	تعبئة الملابس

البنين	البنات
تسوية الحشائش	النسيج اليدوي
كي الملابس	إصلاح الملابس
خلط الأسمنت	المساعدة في أعمال المطبخ
المساعدة في أعمال المطبخ	
المساعدة في أعمال البناء	
7 سنوات عقلية	7 سنوات عقلية
أعمال الدهان	الحياكة البسيطة
قيادة عربات تجرها الحيوانات	المساعدة في إعداد الطعام
أعمال الفلاحة	الأعمال المنزلية
صناعة الخيزران والمقشات	
النجارة اليدوية	
مساعدة سائق سيارة	
8 سنوات عقلية	8 سنوات عقلية
مساعد حداد	النسيج البسيط
مساعد منجد	صناعة السلال
مساعد نقاش	الحياكة
مساعد خباز	طبع الرسوم
قص الشعر	أعمال النظافة
أعمال النظافة	فحص المصنوعات

البنين	البنات
صناعة اللعب الخشبية	لصق الإعلانات
مساعد في أعمال البناء	ربط وتحزيم البضائع
عامل في مخزن	
تجميع أجزاء الآلات	
العمل على الآلات البسيطة	
9 سنوات عقلية	**9** سنوات عقلية
إصلاح الأحذية	التريكو
إصلاح الأثاث	عمل لعب من القماش
فراش أو مراسل	صناعة الخزف
جمع المحاصيل وتعبئة المنتجات الغذائية	الحياكة
موسيقى آلات النفخ	تشغيل أنوال السجاد
حارس	تعبئة المنتجات الغذائية
تشغيل الآلات	
عامل في محطة بنزين	
عامل في محطة تشحيم وغسيل السيارات	
بائع صحف	
10 سنوات عقلية	**10** سنوات عقلية
مراسل	التطريز
الطباعة	التريكو الآلي

البنين	البنات
الدهان	حياكة الجوارب
مساعد كهربائي	أعمال البيع
مساعد سباك	مستخدمة في مدرسة
صناعة قوالب الأسمنت	
عامل بسيط في مصنع	
كاتب بسيط	
أعمال البيع	
عامل في مطعم أو فندق	
11 سنة عقلية	**11** سنة عقلية
أمين مخزن	الحياكة
حارس محل تجاري	التعليب وصناعة الأغذية
مراقب بوابة	الموسيقى
الموسيقى	أعمال المكتبات
بائع في محل تجاري	
أعمال المكتبات	
عامل فني	

الوحدة الثامنة
الاتجاهات الحديثة
في تعليم المعاقين عقلياً

- تجربة سكيلز وداي الأولى والثانية
- تجربة كيرك
- تجربة شمايدت
- تجربة كلارك وكلارك
- تجربة ماندي
- تجربة فرانسي
- تجربة أناس
- تجربة باركلي وجولت وتشارب
- تجربة جوسكن وسبكر
- تجربية ويكرت

الوحدة الثامنة

الاتجاهات الحديثة في تعليم المعاقين عقلياً (دراسات لعلاج الإعاقة العقلية)

مقدمة

من الحصر الذي أجراه مكتب تلخيص بأمريكا لحوالي (1158) بحثاً عن الإعاقة العقلية كان منها (148) بحثاً عن تأثير الرعاية الخاصة على القدرات الذهنية عند المعاقين عقلياً، وهي بعنوان تأثير الرعاية الخاصة (The effect of special care)، و (196) بحثاً عن تأثير العوامل الحضارية وهي بعنوان العوامل الثقافية (Cultural Factors)، و (198) بحثاً عن عيوب الكلام واللغة، وهي بعنوان (Language)، و (606) بحثاً عن العلاج، وهي بعنوان البرامج العلاجية (Clinacal Programs)، أو (Therapeutic Programs)، و (44) بحثاً عن تشخيص الإعاقة العقلية وهي بعنوان طرق التشخيص (Diagnostic methods)، و (120) بحثاً عن تاريخ رعاية المعاقين عقلياً وهي بعنوان الدراسات التاريخية.

ومن الملاحظ أن كثيراً من البحوث والدراسات في القرن العشرين اتجهت إلى علاج الإعاقة العقلية بالأدوية والعقاقير الطبية، أو باصطناع البيئة الغنية بالمؤثرات الثقافية التي تنمي الذهن وتوسع مداركه. وفي السابق تناولنا بعض هذه الدراسات بالشرح والنقد، وانتهينا مع من قالوا بأن العلاج الطبي لا يشفي تلفيات الدماغ أو أنسجة الجهاز العصبي التالفة، ولكنه يفيد في الوقاية من الإعاقة العقلية، وذلك بعلاج الأمراض والاضطرابات التي تؤذي الجهاز العصبي قبل أن تفعل فعلها وتتلف أنسجته ويفيد أيضاً في الوقاية منها.

وفي هذا الفصل سوف نتناول التجارب التي عالجت الإعاقة العقلية باصطناع البيئة الغنية بالمؤثرات الثقافية، وبحثت تأثيرها في القدرات الذهنية والجسمية والاجتماعية عند المعاقين عقلياً، وهذه التجارب كثيرة: فمن (148) بحثاً لخصها مكتب تلخيص البحوث بأمريكا عن أثر الرعاية الخاصة وجدنا (9)

بحوث فقط عن أثر العلاج الطبي، و (139) بحثاً عن أثر اصطناع البيئة الغنية بالمؤثرات الثقافية على القدرات الذهنية عند المعاقين عقلياً أو أثرها في تغيير وضعهم في البناء الاجتماعي. ولا نجد متسعاً لكي نعرض كل هذه التجارب، إنما سوف نكتفي بعرض التجارب التي عملت إلى تغيير الظروف البيئية التي يعيش فيها المعاقين عقلياً، وقارنت تأثيرها في القدرات الذهنية والاجتماعية والجسمية ومن أهمها:

1- **تجربة سكيلز وداي (Skeels & Dye) الأولى:** أجرى سكيلز وادي دراستهما الأولى عام (1939) على طفلين يعيشان في ملجأ للأيتام، اختبراهما باختبار كولمان –بينيه (Binet – Kalman) فكانت نسبة ذكاء الطفل الأول وعمره العقلي (46) درجة و (13) شهراً، والثاني (35) درجة، و (16) شهراً على التوالي. وبعد ستة شهور من حياتهما في مؤسسة حكومية لرعاية الفتيات المعاقات عقلياً أعيد اختبارهما فكانت نسبة ذكائهما (100 و 88) على التوالي، وبعد ثلاث سنوات ونصف كانت نسب ذكائهما (95 و 93) درجة، وبعد خمس سنوات كانت نسب ذكائهما (94 و 93) درجة. وعندما جمع الباحثان بيانات عن طفلين في نفس الوقت وتركا ليعيشا في الملجأ، لم يجد أية زيادة أو ارتقاء في قدرتهما الذهنية. وفسر سكيلز وداي التحسن الذي أحرزه الطفلان الأولان بالتغير الذي طرأ على البيئة التي نقلا إليها، والرعاية التي لقياها في المؤسسة.

2- **تجربة سكيلز وداي الثانية:** أجريت بنفس نمط التجربة الأولى على مجموعة تجريبية تتكون من (63) طفلاً معاقاً عقلياً في سن من (7-30) شهراً، ونسب ذكائهم من (35-89) درجة بمتوسط قدره (64) درجة ومتوسط أعمارهم العقلية (19) شهراً، ومجموعة ضابطة تتكون من (12) طفلاً في ملجأ تتراوح أعمارهم الزمنية من (11-21) شهراً، ونسب ذكائهم من (50-103) درجة بمتوسط قدره (86.7) درجة ومتوسط أعمارهم العقلية (16) شهراً وكانت المجموعتان متكافئتين في ظروف الولادة والحالة

الاجتماعية والمستوى الاجتماعي والثقافي. ثم ألحق الباحثان (20) طفلاً من المجموعة التجريبية بدار حضانة و (43) بأسر بديلة، وتركا المجموعة الضابطة تـزاول حياتهـا في الملجـأ. واسـتمرت التجربـة لمـدة (18) شـهراً بالنسبة للمجموعة التجريبية و (30) شهراً بالنسبة للمجموعة الضابطة. وبعد ذلـك أعاد الباحثان اختبار المجموعتين فاتضح تحـسن المجموعـة التجريبيـة، وزيـادة نسب ذكائها، بينما نقصت نسب ذكاء المجموعة الـضابطة. ونجـد في الجـدول الذي يوضح نتائج دراسة سـكيلز وداي أن متوسـط الزيـادة في نـسب ذكـاء المجموعة التجريبية حوالي (27.5) درجة، ومتوسط النقصان في نـسب ذكـاء المجموعة الضابطة حوالي (26) درجة. وأرجع الباحثان الزيادة والنقـصان في نسب الذكاء إلى الظروف البيئية التي تعيش فيها كل مجموعة.

ولكن يؤخذ على هذه الدراسة الآتي:

أ- عدم تكافؤ المجموعتين في نسب الذكاء والعمر الزمني ومدة التجربة.

متوسط نسب الذكاء مجموعتين التجريبية والضابطة في الإجرائين الأول والثاني باختبار كولمان – بنيه (تجربة سكيلز وداي)

	المجموعة التجريبية			المجموعة الضابطة		
	قبل	بعد	الفروق	قبل	بعد	الفروق
الانحراف المعياري	64.3	91.8	20.5	86.7	60.5	26.2
متوسط نسب الذكاء	16.4	11.5		14.3	9.5	

ب- يصعب تحديد نسب الذكاء في مرحلة الطفولة المبكرة لقلة المواقف السلوكية التي يستخدم الطفل فيها ذكاءه، وعدم ثبات مقاييس الذكاء في هذا السن.

في عام (1942) قاما بدراسة على ثلاثة عشر طفلاً من المعاقين عقلياً كانوا قد نقلوا من أحد ملاجئ الأيتام إلى معهد للمعاقين عقلياً، وفر لهم قدراً أكبر من العناية والاهتمام مما كان متوفرا لهم أثناء الإقامة بالملجأ، تشير نتائج الدراسة إلى أنه بعد مرور سنتين كانت قيمة الوسيط في نسب الذكاء حوالي (27) نقطة مع مدى الزيادة في نسب الذكاء يتراوح ما بين سبع نقاط إلى (58) نقطة.

عند مقارنة هذه المجموعة التجريبية مع مجموعة أخرى من الأطفال الذين بقوا في ملجأ الأيتام ولم يحصلوا على الرعاية والاهتمام التي حصلت عليها المجموعة الأولى، بلغ الوسيط في الزيادة في نسب الذكاء (20) نقطة فقط، بالإضافة إلى ذلك، بعد أن تقدم الأطفال في العمر أي بعد (21) عاما أجرى دراسة تتبعية فوجد سكيلز ما يلي:-

1- أن أفراد المجموعة التجريبية جميعهم يقومون برعاية أنفسهم، وأنه لا يوجد بينهم أحد في مؤسسة للرعاية سواء أكانت خاصة أم عامة.

2- أما أفراد المجموعة الضابطة، فقد وجد أن أحدهم توفي في مرحلة المراهقة بينما كان مقيماً في مركز للإعاقة العقلية. وأن أربعة آخرين لا يزالون مقيمين في مراكز خاصة.

3- أن متوسط السنوات الدراسية التي أنهاها أفراد المجموعة التجريبية كان (12) سنة دراسية في حين أن متوسط سنوات الدراسة التي أنهاها أفراد المجموعة الضابطة كان أقل من ثلاث سنوات دراسية.

تميل نتائج هذه الدراسة إلى تعضيد وجهة نظر البيئيين بأن الظروف البيئية الجيدة تساعد على تحقيق مستوى أعلى من الأداء الوظيفي للأفراد.

يتبين من هذه الدراسة التي تعتبر من الدراسات النادرة في هذا المجال. وخاصة أنها قد تناولت المجموعة بدراسات تتبعية لمدة طويلة أن اختلاف البيئة

الثقافية في السنوات الأولى من عمر الطفل على الأقل ينعكس على نمو الطفل زيادة أو نقصاناً، كما أن الزيادة الحاصلة لدى الطفل في مستوى ذكائه نتيجة البيئة الثقافية الغنية أو النقص الحاصل بسبب الحرمان الثقافي في المراحل المبكرة من العمر تستمر مع الطفل فيما بعد.

3- **دراسة كيرك:** تتفق نتائج دراسات سكييلز (Skeels) هذه من نتائج دراستين أجراهما كيرك، أحدهما سنة (1958) والثانية سنة (1965). (Kirk, 1972) فقد أخذ في الدراسة الأولى سنة (1958)، (15) طفلاً من مركز للمعاقين قدمت لهم برامج تربوية لمرحلة ما قبل الدراسة، وأبقى (12) طفلاً آخر من العمر نفسه ومن مستوى الذكاء نفسه في المركز. وقد كان متوسط عمر المجموعتين حوالي أربع سنوات ونصف عند بداية الدراسة، وبعد ثلاث سنوات وفي عمر (7-8) سنوات، وجد كيرك أن المجموعة التجريبية قد زادت درجات أفرادها بشكل ملحوظ على كل من مقاييس ستانفورد بينيه وكولمان للنمو العقلي، ومقياس فيلاند للنضج الاجتماعي، في حين أن درجات أفراد المجموعة الأخرى (الضابطة) قد نقصت على جميع هذه المقاييس الثلاثة، ووجد كيرك كذلك أن ستة أفراد من المجموعة التجريبية قد تركوا المركز إما إلى بيوتهم أو إلى بيوت للتبني على أثر زيادة في نسبة ذكائهم وتكيفهم، في حين أنه لم يترك أي من أفراد المجموعة الضابطة المركز خلال الفترة نفسها.

أما دراسته الثانية سنة (1965)، فقد أجريت على (12) طفلاً ينتمون إلى بيوت فقيرة وضعوا في مدرسة خاصة للأطفال المعاقين وقدمت لهم برامج تربوية خاصة. وحين تمت مقارنة هذه المجموعة مع إخوانهم من العاديين والتوائم الذين عاشوا في البيوت نفسها دون أن تتاح لهم فرصة الاشتراك في تلك البرامج التربوية، كما تمت مقارنة هاتين المجموعتين مع أربعة أطفال أخذوا من بيوتهم الفقيرة ووضعوا في بيوت للتبني، كما وضعوا في برنامج التربية الخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة فوجد أن نتائج هذه المقارنة كانت كما يلخصها كيرك:-

أ- جميع الأطفال الأربعة في المجموعة الأخيرة حصلوا على معدل أعلى في نموهم العقلي.

ب- أن ثلثي أفراد المجموعة التجريبية قد ازداد معدل نموهم العقلي أيضاً.

جـ- أن سبع الأخوة العاديين والتوائم (المجموعة الضابطة) قد ازداد معدل نموهم العقلي فقط. أما البقية منهم فمنهم من حافظ على المستوى نفسه ومنهم من نقص معدل نموه العقلي والاجتماعي. وهذه النتائج التي توصل إليها كيرك تشير إلى أن الأطفال الذين يحرمون من التربية في عمر ما قبل المدرسة ويعيشون في بيوت فقيرة ثقافياً يميلون إما إلى المحافظة على مستوى نموهم العقلي كما هو أو إلى أن ينقص نموهم العقلي كلما كبروا. أما حين تقدم التربية الخاصة لهؤلاء الأطفال سواء على شكل برامج تربوية خاصة أو على أثر نقلهم إلى بيوت تبن أفضل من بيوتهم، فإن نموهم سيسير في الاتجاه الإيجابي وتزداد نسبة ذكائهم ونموهم الاجتماعي.

4- **دراسة شميدت: (O. Schemidt) سنة (1946)**: تعتبر برنادين شميدت من العلماء الذين تؤيد نتائج دراساتهم وجهة النظر البيئية بشكل واضح، الدراسة التي قامت بها شميدت عام (1946) أوضحت أن الأطفال المعاقين عقلياً الذين قضوا ثلاث سنوات في أحد المراكز الخاصة للتعليم حققوا تحسناً ملحوظاً في نسب الذكاء. بعد الانتهاء من مرحلة التعليم من هذا النوع حقق (60٪) تقريباً من هؤلاء الأطفال تحسناً في نسب الذكاء تكفي لتصنيفهم على أنهم يقعون في المدى العادي لنسب الذكاء. تقول الباحثة بأن دراستها أوضحت أن (81٪) من هؤلاء الأطفال حققوا زيادة في نسب الذكاء وصلت إلى (30) نقطة على الأقل. وعلى عكس هذه المجموعة التي تلقت هذا التدريب الخاص، فإن أطفال المجموعة الضابطة أظهروا انخفاضاً طفيفاً في نسب الذكاء في المتوسط.

أجرت شميدت تجربتها على (322) طفلاً تتراوح أعمارهم الزمنية بين (12-14) سنة، موزعين على خمس مدارس لرعاية المعاقين عقلياً، جعلت ثلاث

مدارس تجريبية، ومدرستين ضابطة ووفرت للمجموعة التجريبية برنامجاً تربوياً ورعاية اجتماعية خاصة في حين تلقت المجموعة الضابطة برامج الدراسة العادية. وبعد خمس سنوات أعيد اختبار المجموعتين فاتضح تحسن ذكاء المجموعة التجريبية أكثر من المجموعة الضابطة.

وعندما استخدمت شميدت اختبار النضوج الاجتماعي واختبار الشخصية لبرنروينز واختبار التحصيل والاكتساب قبل وبعد التجربة تبين أن أفراد المجموعة التجريبية قد تقدموا في النواحي الآتية:

أ) نمو السلوك الشخصي المرغوب فيه.

ب) نمو القدرة على تبادل الأشياء.

جـ) نمو القدرة على القيام بعادات العمل.

د) نمو المهارات التعليمية.

في حين لم تظهر المجموعة الضابطة تقدماً يذكر في النواحي السلوكية السابقة مما جعل شميدت تستنتج أن التحاق الأطفال المعاقين عقلياً بمدارس تجريبية، وخضوعهم لبرامج رعاية خاصة تناسب قدراتهم واستعداداتهم الذهنية يؤدي ذلك إلى نمو قدراتهم الذهنية والشخصية وتحسن سلوكهم الاجتماعية.

وقد وجه لتجربة شميدت هذه عدة انتقادات من أهمها:

أ- تشخيصها للإعاقة العقلية مشكوك في دقته.

ب- كانت معالجتها الإحصائية غير دقيقة.

جـ- لم توضح شميدت كيف طبقت اختبار برنروينز الذي يحتاج إلى مستوى عالٍ من الفهم والقدرة على القراءة والكتابة.

مما يجعلنا نشك في معظم النتائج التي وصلت إليها.

5- تجربة كلارك وكلارك (Clarke. A.D. & Clarke. A.M.) سنة (1954): أجرى كلارك وكلارك تجربة على (59) شخصاً معاقاً عقلياً، قاما باختبارهم قبل إيداعهم بمؤسسة لرعاية المعاقين عقلياً، وبعد (27) شهراً من

إلحاقهم بالمؤسسة اتضح لهما زيادة متوسط نسبة الذكاء تقدر بحوالي (6.5) درجات. وكانت الزيادة عند (50٪) من المعاقين عقلياً حوالي (8) درجات فأكثر. وعندما استعرضا تاريخ حياة المفحوصين السابقة لإبداعهم المؤسسة وجدا أن المفحوصين الذين كانوا يعيشون في بيئات محرومة قبل إيداعهم كانت الزيادة في نسب ذكائهم واضحة.

ويوضح الجدول نتائج بحث كلارك وكلارك ونجد فيه زيادة متوسط نسب الذكاء حوالي (6.5) درجة بدلالة إحصائية عند مستوى (0.01) واستنتج الباحثان أن زيادة نسب ذكاء المعاقين عقلياً مرتبطة بالحرمان البيئي السابق على الحياة المؤسسية وأن الإعاقة العقلية في البيئات الفقيرة تخلف مؤقت (Permanent) يزول بتغيير البيئة.

متوسط نسب الذكاء في تجربة كلارك وكلارك على اختبار

وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين

	قبل التجربة	بعد التجربة	الفروق	مستوى الدالة
متوسط نسب الذكاء	66.2	72.7	6.5	0.01
الانحراف المعياري	14	13.4		

من نتائج كلارك محاولته الربط بين الحرمان البيئي السابق للإيداع في المؤسسة ومقدار الزيادة في الذكاء أثناء الحياة في المؤسسة، ولكن يؤخذ على تجربته ضعف الضبط التجريبي لعدم استخدامه مجموعة ضابطة. كذلك أشارت بعض الدراسات إلى عدم كفاءة اختبار وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين في تشخيص الإعاقة العقلية.

6- تجربة ماندي (Munday, Lydia) سنة (1957): اختبرت ماندي ثلاث مجموعات من المعاقين عقلياً باختبار ستانفورد – بينيه، ثم جعلت

مجموعة منها تعيش في بيت للضيافة، والأخرى في مؤسسة، والثالثة في أسر بالتبني. وبعد ثلاث سنوات اختبرت المجموعات الثلاثة بنفس الاختبار، فاتضح لها زيادة في متوسط نسب ذكاء المجموعات (7.9 و 3.8 و 16.1) درجة على التوالي. وأرجعت الباحثة هذه الزيادة إلى الرعاية التي توفرت لكل مجموعة، وفسرت تفاوت الزيادة التي حصلت عليها المجموعات الثلاثة بتفاوت مستوى الرعاية في البيئات التي عاشت فيها كل مجموعة. فمستوى الرعاية في أسر التبني أفضل من مستوى الرعاية في بيوت الضيافة وفي المؤسسات.

ولكن يؤخذ على هذه التجربة ضعف الضبط التجريبي إذ كان من الأفضل أن تستخدم مجموعة رابعة تتركها بدون رعاية.

7- **تجربة فرانسي (Francy, R.E.) سنة (1960):** أجرت فرانسي تجربة على (30) طفلا تتراوح أعمارهم الزمنية بين (6-12) سنة، ونسب ذكائهم بين (40-50) درجة (باختبار ستانفورد – بينيه) ثم اختبرتهم ثانية بعد أربع سنوات عاشوها في مؤسسة لتدريب المعاقين عقلياً على مهن يدوية بسيطة، اتضح لها تغير درجات المجموعة على مقياس النضوج الاجتماعي فقط وعدم تغير نسب ذكائها.

ولكن يؤخذ على تجربة فرانسي ضعف الضبط التجريبي إذ كان من الأفضل استخدام مجموعة ضابطة. كما يحتل أن يكون عدم تغير نسب الذكاء سبب ضعف برامج الرعاية المقدمة خاصة وأنها اقتصرت على التدريب اليدوي البسيط.

8- **تجربة أناس (Anas, P.A.) سنة (1960):** أجرى أناس ومجموعة من زملائه تجربة على مجموعتين متكافئتين من الأطفال المعاقين عقلياً، تتكون كل مجموعة من عشر أطفال، واختبروا المجموعتين قبل وبعد التجربة التي استمرت سنة كاملة تعرضت فيها إحدى المجموعتين لبرامج رعاية خاصة، تركت المجموعة الثانية لتزاول حياتها العادية. فكانت نتائج هذه التجربة

مؤيدة لنتائج تجربة فرانسي السابقة إذ لم يجد الباحثون أن تغير في نسب ذكاء المجموعتين عند اختبارهما ثانية.

9- **تجربة باركلي وجولت وتشارب:** (**Barclay, A. Goult, L.R & Charp, A.R.**) (**1964**) أجريت التجربة على (36) طفلاً معاقاً عقلياً (20 ذكوراً، 16 إناثاً) واستخدام فيها اختبار ستانفورد – بينيه ومقياس النضوج الاجتماعي فأمكن الحصول على العمر العقلي ونسبة الذكاء، والعمر الاجتماعي، ونسبة النضوج الاجتماعي، وبعد (18) شهراً من الرعاية والإيواء في مؤسسة أعيد اختبار الأطفال مرة أخرى. ويوضح الجدول نتائج بحث باركلي وزميليه ونجد فيه زيادة في متوسط نسب الذكاء والعمر العقلي، والعمر الاجتماعي، ونسبة النضوج الاجتماعي مقدارها (7 , 1.13 و 1.68) و (13) درجة على التوالي. وأيد الباحثون إمكانية زيادة نسبة الذكاء والنضوج الاجتماعي إذا توفر للمعاقين عقلياً الظروف البيئية المناسبة.

ولكن يؤخذ على هذه التجربة ضعف الضبط التجريبي لعدم استخدامها مجموعة ضابطة لضبط العوامل العارضة.

الجدول يوضح متوسط نسب الذكاء باختبار ستانفورد– بينيه) ونسب النضوج الاجتماعي والعمر الاجتماعي بمقياس النضوج الاجتماعي (نتائج باركلي وجولت وتشارب) (53)

	العمر العقلي بالسنوات			العمر الاجتماعي بالسنوات			نسب الذكاء			نسب النضوج الاجتماعي			العمر الزمني بالشهور
	قبل	بعد	الفروق	قبل	بعد	الفروق	قبل	بعد	الفروق	قبل	بعد	الفروق	
المتوسط	2.79	3.82	1.13	3.58	5.26	01.68	50.3	57	6.7	69.4	82.4	12	59.7
الانحراف	31	1.44		1.87	2.12		13.51	15.55		20.2	22.25		21.98

10- دراسة جوسكن وسبكر: أما جوسكن وسبكر (Guskin & Spicker, 1968) فقد تناولا (28) طفلاً من أسرة فقيرة ثقافياً، كانت أعمارهم تقارب (5) سنوات في حين تراوحت نسبة ذكائهم ما بين (50-85) درجة، وعند مقارنة هذه المجموعة مع مجموعتين أخرتين إحداهما في روضة أطفال عادية، والأخرى بقيت في بيوتها وجد أن متوسط نسبة ذكاء أفراد المجموعة التجريبية قد ارتفع من (75.8) درجة إلى (91.3) درجة على مقياس ستانفورد بينيه، وذلك عندما وصلوا إلى الصف الأول الابتدائي، في حين أن المجموعة التي وجدت في روضة الأطفال العادية قد حققت زيادة في متوسط نسبة ذكاء أفرادها من (74.1) درجة قبل التجربة إلى (82.9) درجة في مرحلة الصف الأول الابتدائي، وهذا يعني أن الخبرات التي مر بها الأطفال في روضة الأطفال العادية بالإضافة إلى خبراتهم في الصف الأول قد ساهمت في زيادة نسبة ذكائهم. إلا أن هذه الزيادة كانت أقل من الزيادة التي طرأت على نسبة ذكاء الأطفال الذين تلقوا برنامجاً خاصاً. أما المجموعة التي بقيت في بيوتها فإن أفرادها لم يتقدموا طيلة وجودهم في بيوتهم، إلا أنهم بدأوا يحصلون على زيادة في نسبة ذكائهم بعد دخولهم في الصف الأول الابتدائي.

11- دراسة ويكرت: وقام ويكرت (Weikart, 1967) بدراسة مماثلة أجراها على مجموعة من الأطفال السود أخذت فيها مجموعة تجريبية وضعت في مدرسة في الصباح، يذهب معلموها بعد الظهر لتعليم الأهل في بيوتهم، بينما بقيت المجموعة الضابطة في مدرسة عادية فقط.

وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن المجموعة التجريبية قد حصلت على زيادة في متوسط ذكاء أفرادها من (78.4) درجة إلى (91.1) درجة، بينما حصلت المجموعة الضابطة على زيادة طفيفة وذلك في السنة الأولى من بداية التجربة، أما في نهاية السنة الثانية أي في الصف الثاني الابتدائي، فقد كان الفرق قليلاً بين المجموعتين. إذ كان متوسط ذكاء أطفال المجموعة التجريبية (85.5) درجة، ومتوسط

ذكاء المجموعة الضابطة (83.9) درجة. أما أهمية هذه الدراسة فتظهر هذه الدراسة في الفروق الكبيرة التي وجدها ويكرت بين المجموعتين فيما يتعلق بالتحصيل حيث كانت نتائج أفراد المجموعة التجريبية أعلى بكثير من نتائج المجموعة الضابطة في كل من القراءة والحساب واللغة.

الخلاصة

على الرغم من بعض الانتقادات التي وجهت إلى الدراسات التي عرضناها سابقا فإن نتائجها تشير مع نتائج دراسات أخرى إلى إمكانية تحسن قدرات المعاقين عقلياً إذا توفرت لهم الرعاية الاجتماعية المناسبة، وتشير أيضاً إلى توقف نمو قدرات المعاقين عقلياً إذا حرموا من الرعاية وعاشوا في بيئات اجتماعية فقيرة.

وكان لتجارب كلارك وكلارك وسكيلز وادي وغيرها فضل كبير في جعلنا نفترض أن القدرات الذهنية والجسمية والاجتماعية تتكون من واسع فطري ثابت لا يتغير. ومحتوى مكتسب يزيد وينقص. ونفترض أيضاً أن الذهن لا يعمل بكامل وسعه الفطري في البيئات الفقيرة بينما يعمل بكامل وسعه تقريباً في البيئات الغنية بالمؤثرات الثقافية. ونتوقع زيادة في قدرات الأطفال المعاقين عقلياً وغير المعاقين عقلياً عندا ينتقلون من بيئاتهم الفقيرة إلى بيئات متحضرة أو غنية بالمنبهات التي توسع المدارك وتغذي الذهن.

ملحق

البرنامج التدريبي في تأهيل المعاقين عقلياً

الإجراءات العملية التدريبية للبرنامج:

يسير العمل في البرنامج وفق الخطوات الإجرائية التعليمية الآتية:

1- تحديد المهارة.

2- تحليل المهارة إلى خطوات إجرائية بسيطة.

3- تحديد الهدف من المهارة.

4- مراحل تحقيق الهدف من المهارة.

5- وصف السلوك الإجرائي للمعلم* خلال مراحل تحقيق الهدف من المهارة.

6- وصف السلوك الإجرائي للتلميذ خلال مراحل تحقيق الهدف من المهارة.

المهارات المنزلية في مجال الطعام: Eating Skills

1- مهارة إعداد مائدة الطعام Setting Table

2- مهارة ترويق المائدة بعد تناول الطعام Clearing Table.

3- مهارة غسل أواني وأدوات الطعام وتجفيفها Washing Dishes.

4- مهارة حفظ أواني وأدوات الطعام في أماكنها Putting Dishes Away.

(*) كلمة المعلم هنا وعلى الصفحات التالية تعني كل من يقوم برعاية الطفل المعاق عقلياً سواء كان المعلم أو الأم أو الأب أو الأخت الكبرى.

- **إعداد المائدة**

1- **تحديد المهارة:**

"إعداد المائدة لتناول الطعام من أجل عدد من الأفراد".

2- **تحليل المهارة:**

- حمل الطباق إلى المائدة.
- وضع الأطباق في المكان الصحيح على المائدة.
- حمل الملاعق إلى المائدة.
- وضع الملاعق في المكان الصحيح على المائدة.
- حمل الأكواب إلى المائدة.
- وضع الأكواب في المكان الصحيح على المائدة.
- حمل الفوط أو المناديل إلى المائدة.
- وضع الفوط أو المناديل على المائدة في المكان الصحيح لها.
- حمل الأطعمة إلى المائدة.
- وضع الأطعمة في المكان الصحيح على المائدة.

3- **الهدف من المهارة:**

"أن يعتمد الطفل على نفسه في إعداد المائدة من أجل نفسه أو من أجل مجموعة من الأفراد".

4- **مراحل تحقيق الهدف:**

يتم التدريب على المهارة وصولا إلى تحقيق الهدف منها وذلك على المراحل الآتية:

1- تقديم نموذج للعمل من قبل المعلم أو الأم أو من يحل محلها من الكبار.

2- اشتراك الطالب في العمل مع المعلم.

3- قيام الطالب بالعمل بمساعدة المعلم.

4- قيام الطالب بالعمل مع توجيهات لفظية من المعلم.

5- قيام الطالب بالعمل وحده دون أي مساعدة.

5- وصف السلوك الإجرائي للمعلم خلال مراحل تحقيق الهدف من التدريب على مهارة إعداد المائدة.

1- سلوك المعلم في المرحلة الأولى للهدف:

- يقدم المعلم نموذجا عمليا لمهارة إعداد المائدة أمام الطلاب المراد تدريبهم على هذه المهارة مع إثارة انتباههم إليه أثناء العمل.
- فيحضر الأطباق ويضعها في المكان الصحيح على المائدة، وينبه الطلاب كيف يحملها، وكيف يضع كل منها في المكان المخصص لكل فرد على المائدة.
- ثم يحضر الملاعق، ويلفت نظر المتدربين إلى عددها وكيف يضع كل ملعقة في المكان الصحيح على المائدة بحيث يخصص لكل فرد ملعقة إلى جانب الطبق أو الصينية الخاصة به.
- كذلك يحضر الفوط أو المناديل ويلفت نظر الطلاب إليه وهو يوزعها على المائدة ليخص كل فرد فوطة أو منديل.
- كما يحمل الأكواب وينبه الطلاب كيف يحملها ثم كيف يضعها في المكان الصحيح على المائدة.
- ثم يوجه اهتمام الطلاب إليه وهو يحمل زورق المياه، ثم وهو يضعه في المكان الصحيح على المائدة.
- ثم يحضر الأطعمة ويلفت نظر الطلاب إلى كيفية حملها ووضعها على المائدة في المكان الصحيح.

6- سلوك المعلم في المرحلة الثانية للهدف:

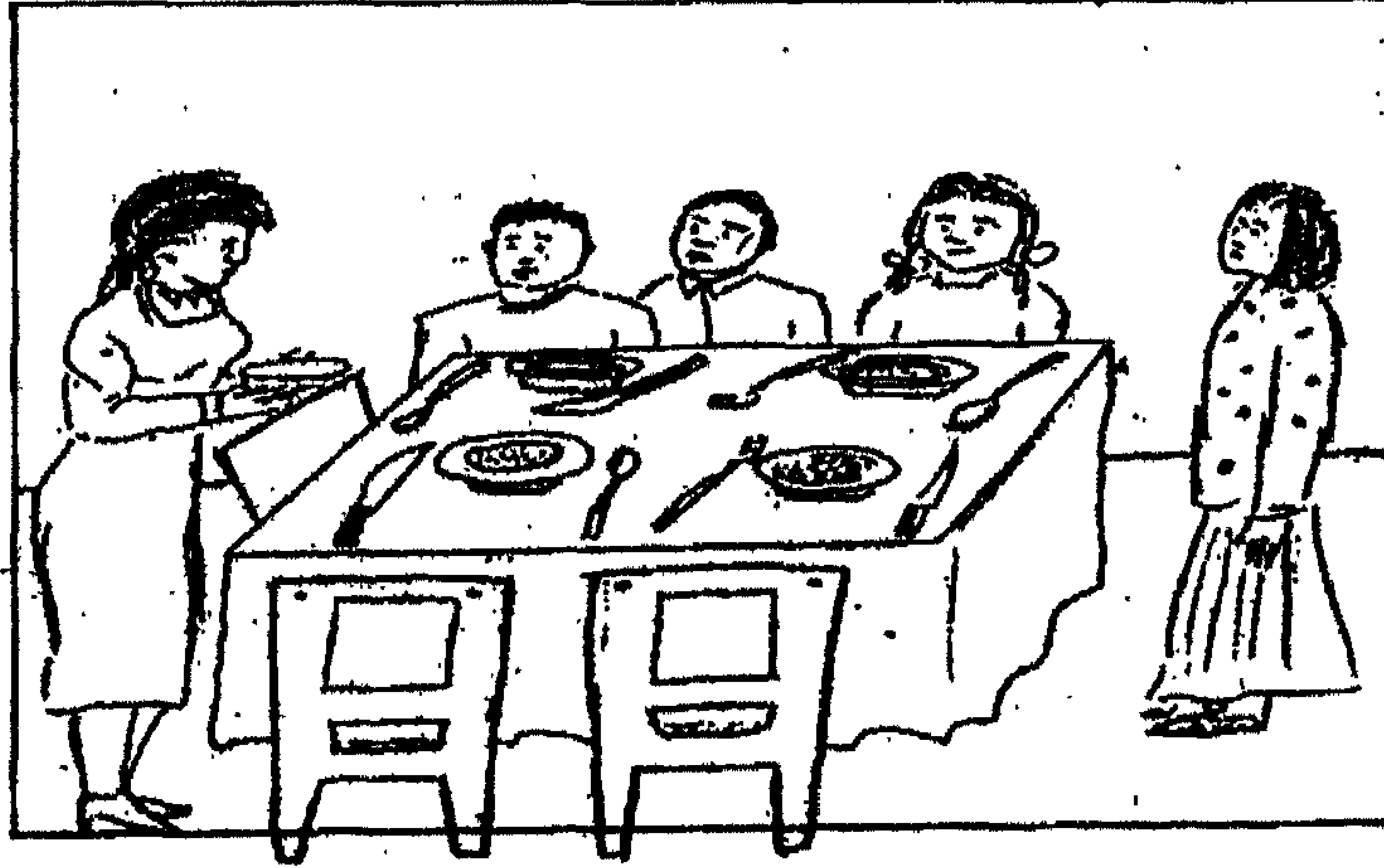
في هذه المرحلة يقوم المعلم بنفس الخطوات السابقة في المرحلة الأولى مع اشتراك الطلاب معه في العمل وحثهم على مساعدته.

2- سلوك المعلم في المرحلة الثالثة للهدف:

يطلب المعلم من الطلاب أن يقوم كل منهم بعمل معين من أعمال إعداد المائدة ويساعدهم في أداء تلك الأعمال. كأن يطلب من تلميذ إحضار الأطباق أو صواني السرفيس ثم يقوم هو بتوزيعها على المائدة في مكانها الصحيح، ويطلب من آخر إحضار الملاعق ويساعده في عدها وتوزيعها على المائدة في المكان الصحيح لها. وهكذا حتى نهاية أعمال المهارة.

4- سلوك المعلم في المرحلة الرابعة للهدف:

يقوم المعلم في هذه المرحلة بتوزيع أعمال المائدة على الطلاب ويحدد مهمة كل طالب والأعمال التي يقوم بها في سلسلة الخطوات الإجرائية لمهارة إعداد المائدة. ثم يترك الطلاب يقومون بالعمل مع توجيهاته اللفظية وتقديم المساعدة عند الحاجة إليها.



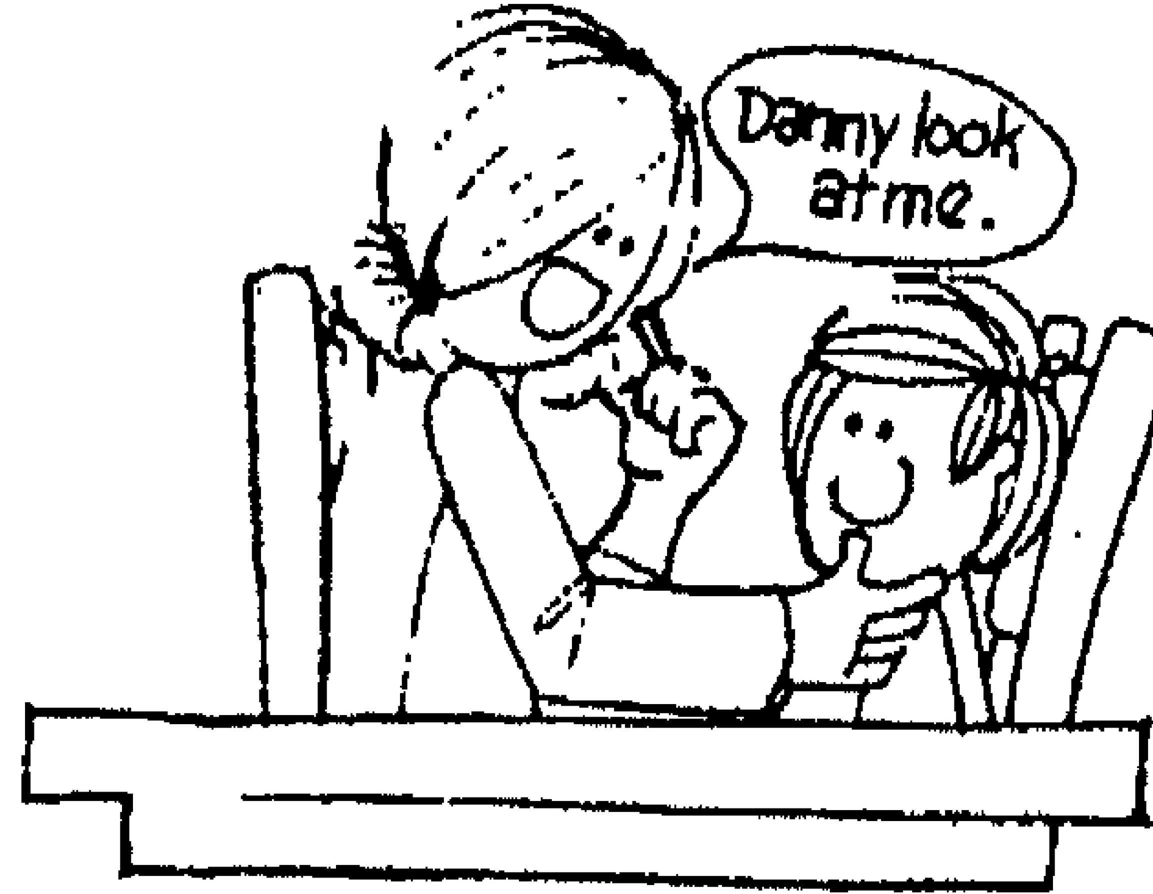
المعلمة تقوم بإعداد المائدة

برامج لتدريب المهارات الفطرية

أولا: الانتباه عند المناداة

❖ **التهيئة والإعداد**

ضعي طفلك مباشرة أمامك واجعليه قريبا منك لدرجة ركبتيك تلتصق مع ركبتيه وإذا كان طفلك يرغب الجلوس في الكرسي فاجعلي ظهر الكرسي على ركن من أركان الغرفة وشجعيه.. واثني على محاولته بحماس.. اعملي على كل خطوة حتى يكملها طفلك 4 أو 5 مرات.. تذكري أن لا تسرعي بغرض التكملة دون الإتقان.



- **البرنامج:**

1- احملي المكافأة أمام وجهك ووجهي رأس طفلك نحوك وقولي (أحمد أنظر إلي) شجعيه وامنحيه المكافأة.

2- احملي المكافأة أمام وجهك وقولي (أحمد أنظر إلي) وهذه المرة قدمي مساعدة أقل مثل دفع رأسه في اتجاه وجهك.

3- احملي المكافأة أمام وجهك وقولي (أحمد أنظر إلي) هذه المرة برفق امسحي تحت فكه الأسفل (شجعيه وامنحيه المكافأة).

4- احملي المكافأة أمام وجهك وقولي (أحمد أنظر إلي) ولا تمنحيه أي توجيه عضوي أي لا توجيه بيدك أو حتى تلمسيه.

5- احملي المكافأة وجهك وقولي (أحمد أنظر إلي) حاولي أن تستحوذي على اهتمامه لمدة ثواني عده قبل أن تكافئيه.

ثانيا: إطلعة الأوامر البسيطة:

من أجل أن تبدئي هذا البرنامج، طفلك يجب أن يكون قد تعلم المشي واعتمد على نفسه فيه.

❖التهيئة والإعداد

اجعلي طفلك يقف في ركن من الأركان مواجها لك.. قفي على بعد خطوة أو خطوتين في مواجهته وفي كل مرة يتقدم فيها طفلك نحوك خطوة شجعيه وامنحيه المكافأة.. كوني على هذه حتى يأتي طفلك إليك بنجاح 4 أو 5 مرات..

- **البرنامج:**

1- وجهيه بيدك من كتفه نحوك وقولي (أحمد تعال هنا).

2- بلطف امسحي على كتفه وقولي (أحمد تعال هنا).

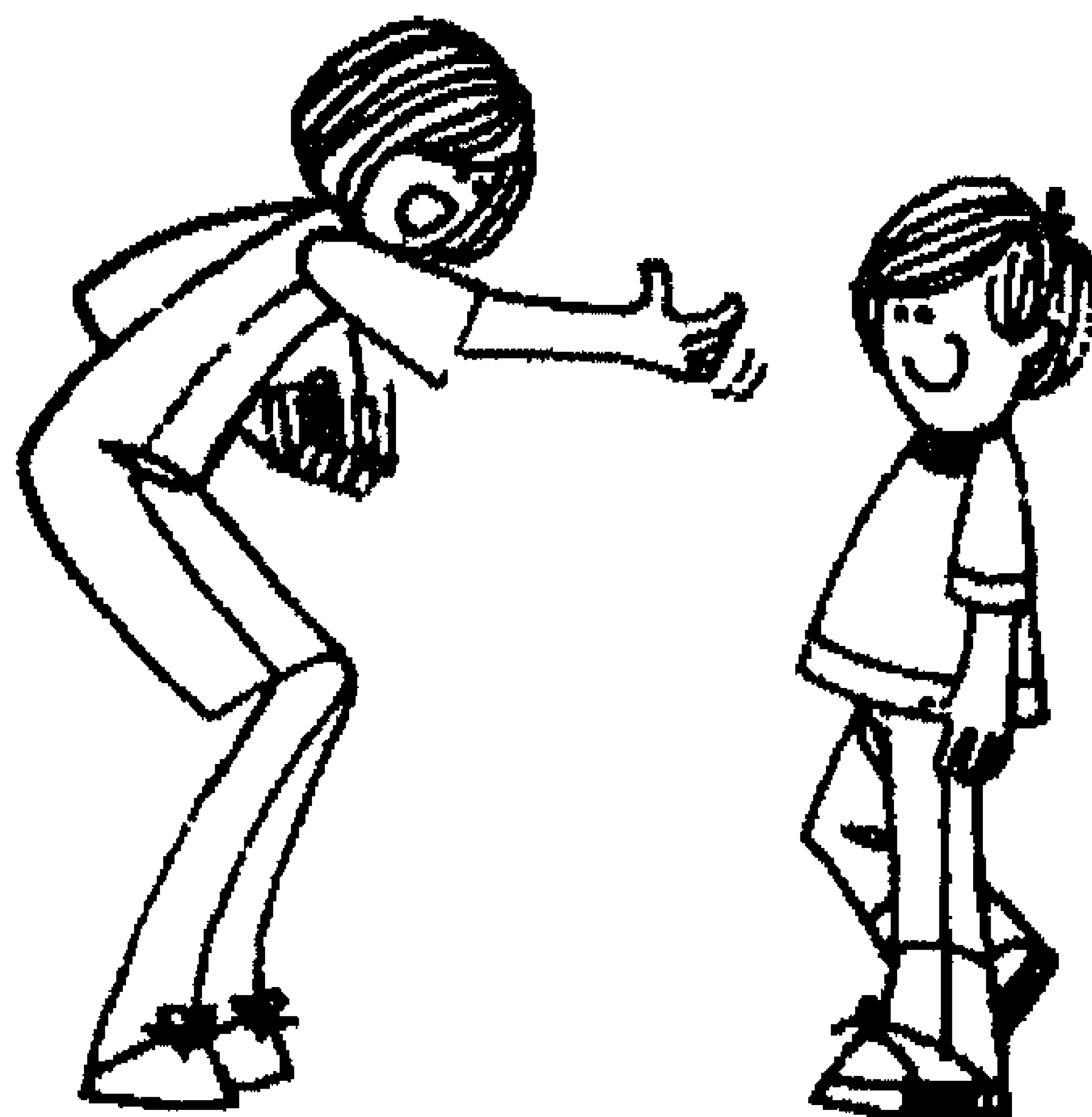
3- بإشارة من يديك ناديه واتبعيها بقولك (أحمد تعال هنا).

4- قولي فقط (أحمد تعال هنا).



الآن يقدم إليك عندما تناديه من خطوتين ثم ابدئي الابتعاد (3 أقدام، 5 أقدام، 10 أقدام حتى باب الحجرة نحو الخارج من 10-15 قدم) كلما ابتعدت إلى

الوراء أشيري إليه بيديك أولا وعندما يلبي الإشارة بنجاح 5 مرات بعدها ناديه بأن يأتي.



التقدم في تدريس هذه المهارات ربما يكون بطيئاً أو نوعاً ما سريعاً ويعتمد على مدى ما يأخذه طفلك في تعلم مهارة أنه يأخذ مكافأة عندما يلبي النداء.

لا تصابي بالإحباط إذا بدأ البرنامج يسير حسب الخطة وفجأة اصطدمت بعقبة.. هذا يعني أنك فقط أسرعت في برنامجك. إرجعي للخطوة التي قبلها والتي يتبعها طفلك من أجل أن تجعليه يشعر بالنجاح في الممارسة.. ثم ابدئي في الخطوة التي تليها، امكثي قليلا من الوقت في كل خطوة بعد ذلك.. تذكري لابد أن تنتهي كل جلسة بنجاح.

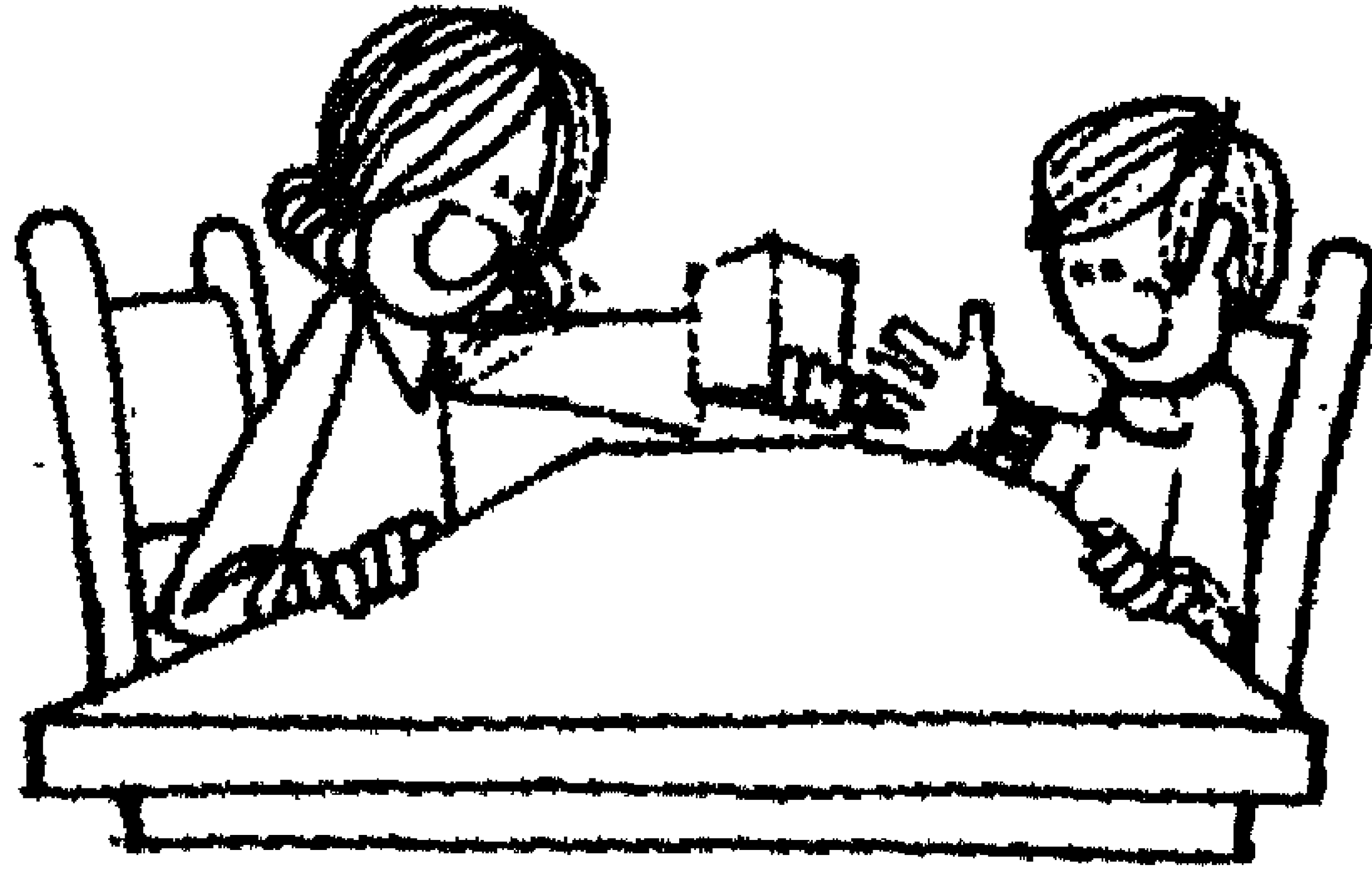
ثالثا: التحول البسيط متابعة للأجسام

❖ **التهيئة والإعداد**

اجعلي طفلك يقف على منضدة وتأكدي من أن مكافأتك جاهزة ولكنها بعيدة عن عينيه.. امكثي في كل خطوة حتى ينجح فيها 4 أو 5 مرات.. تذكري أن تشجعي بحماس وكافئي في كل محاولة ناجحة..

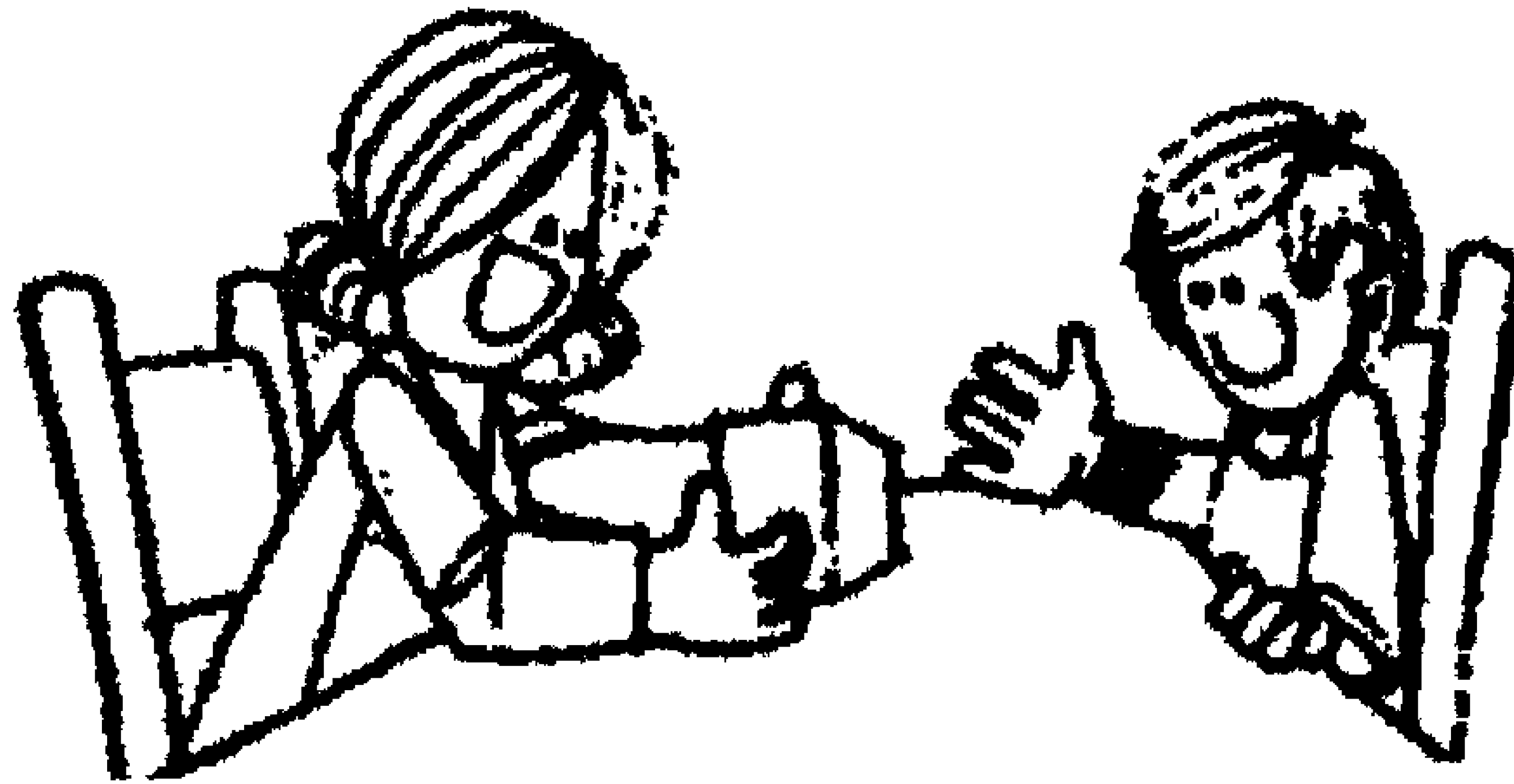
* خذ اللعبة

الخطوة الأولى



قولي أحمد خذ اللعبة، قدمي له اللعبة بيديك، أولا حاولي أن تأخذي يديه وتجعليه عكس اللعبة، وبمرور الزمن تخطي مرحلة توجيه يديك حتى يبدأ يصل بيديه إلى اللعبة.

الخطوة الثانية

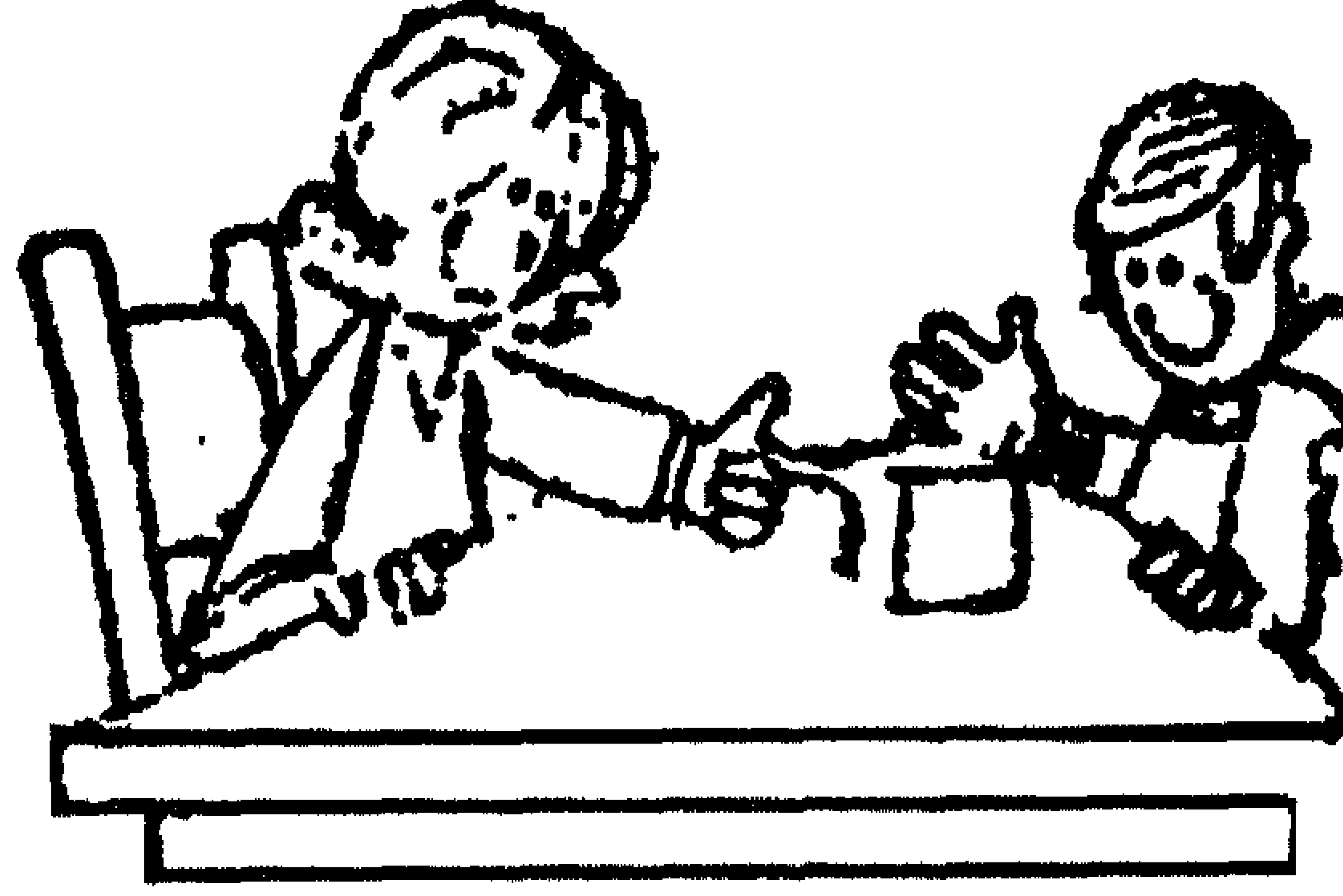


قولي أحمد خذ اللعبة، احملي اللعبة أمامه ورويدا اطلبي منه أن يصل لمسافة أبعد ليأخذ اللعبة.

الخطوة الثالثة

قولي أحمد خذ اللعبة ضعي على المنضدة أمامه فقد أشيري إلى اللعبة، تأكدي من أن تنتهي كل خطوة بنجاح. بعد أن يتعلم طفلك متابعة الاتجاه يمكنك أن

تدرسيه متابعة الاتجاهات مستعملة الأشكال الأخرى مثل القبعة، الجوارب الملعقة، الكأس.



رابعا: محاكاة الأفعال

اجلسي أمام طفلك إما على كرسي أو على أرضية الغرفة.

الخطوة الأولى

قولي (أحمد افعل هذا) وصفقي بيديك خذي يديه وصفقي بهم وقولي، حسنا لقد صفقت بيديك وامنحيه المكافأة.



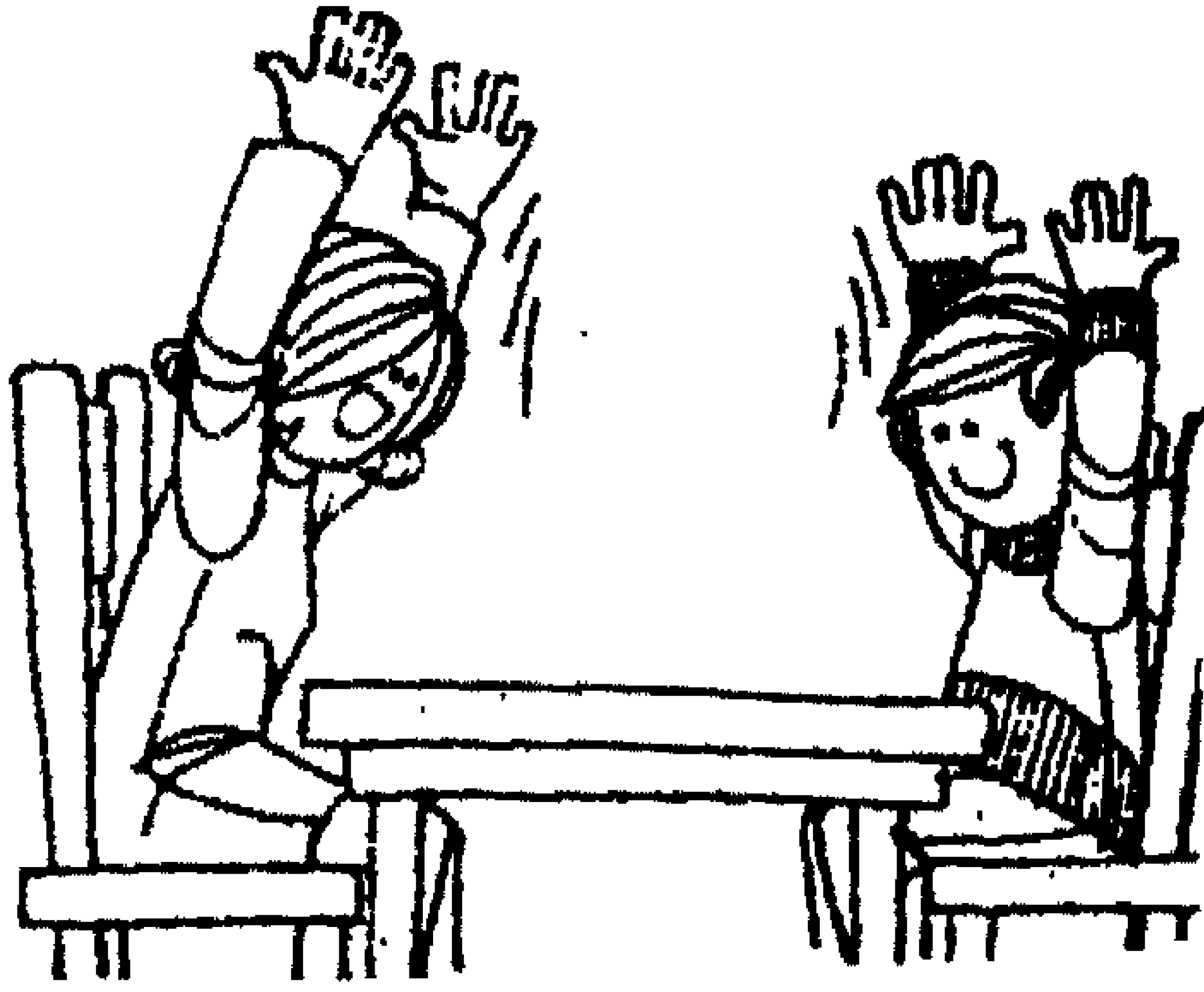
لم يفعل شيئا حتى الآن سوى أنه أعطى مكافأة لتعاونه معك، كرري هذه الخطوة حتى تعرفي أنه فهم الفكرة مثلا، يبدأ يحرك يديه، ليصفق بنفسه ثم اذهبي للخطوة الثانية.

الخطوة الثانية

قولي (أحمد افعل هذا) صفقي بيديك.. امنحيه قليلا من المساعدة فقط دربي يديه ليقوداه ويذكراه بالتصفيق، قولي جيد لقد صفقت بيديك، وامنحيه المكافأة، هذه المرة سيكون الأمر صعبا.. اجعليه يصفق أكثر من أجل الحصول على الحلوى أذهبي للخطوة الثالثة إذا استطاع أن يفعل هذا 4-5 مرات بنجاح.

الخطوة الثالثة

قولي (افعل هذا) وصفقي بيديك، لا تمنحيه أي نوع من المساعدة وإذا كان يريد المكافأة سوف يصفق بنفسه وإذا لم يصفق انتظري ثوان قليلة واستدرجي انتباهه وابدئي مرة أخرى.. أحمد راقبني.. افعل هذا.. صفقي أنت.. قولي جيد لقد صفقت بيديك وامنحيه المكافأة.



وهذه المرة تعلم كيف يحاك تصفيقك وإذا بدأ يفشل في أي خطوة، بمساعدة بسيطة أو بدون مساعدة عودي إلى الخطوة الأكثر سهولة وامنحيه مساعدة أكثر، تأكدي أنه قد نجح. بعد أن يكون أبنك قد تعلم محاكاة التصفيق يمكنك أن تعلميه محاكاة أفعال أخرى في وقت واحد وذلك بمتابعة نفس البرنامج. انتباه وتوجيه (أحمد افعل هذا).

1- الخبط على المنضدة.

2- رفع اليدين على الرأس.

3- رفع اليدين فوق الرأس.

4- رفع اليدين فوق الرأس والتصفيق.

❖ **المهارات الحركية الأساسية**

تعلم التنسيق والتوافق بين العينين، الأيدي، الكفين والأصابع كلها مهارات ضرورية لأداء العديد من المهارات الأساسية. هذه الافتراضات سوف تمنحك بعض الأفكار لنشاطات تساعد في تطور التناسق والتوافق لطفلك.

❖ **التهيئة والإعداد**

اجمعي كل المواد الضرورية، اجعلي المكافأة جاهزة ولكن بعيدة عن الأعين. شجعي بشدة وكافئي كل المحاولات الناجحة، قودي طفلك خلال النشاطات وامنحيه المساعدات المطلوبة عندما يؤدي النشاط بنجاح 4 إلى 5 مرات واسحبي دعمك حتى يستطيع أن يفعل الحركة بنفسه.

Knock the Cups Over



❖ **قلب الكأس**

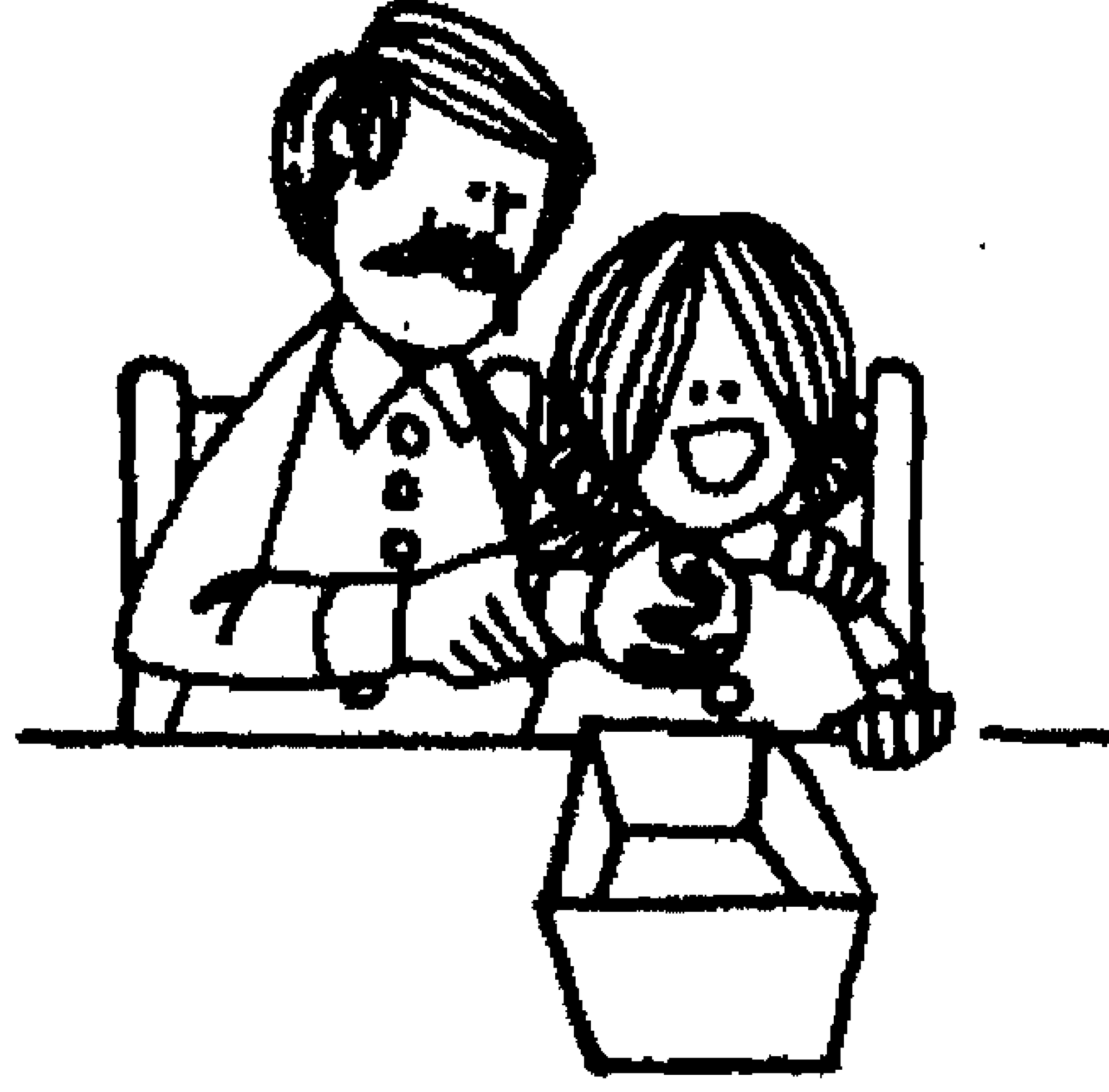
المواد المطلوبة: كأس ورق

النشاط: اجمعي عدة كاسات.. امسحي سطح الكف بطرق الكأس وهي مقلوبة عندما تنعكس لوضعها الطبيعي شجعيه وكافئيه (جيد لقد أصلحت وضع الكأس) أعيدي وضع الكاسات ثم أعيدي الكرة مرة أخرى.

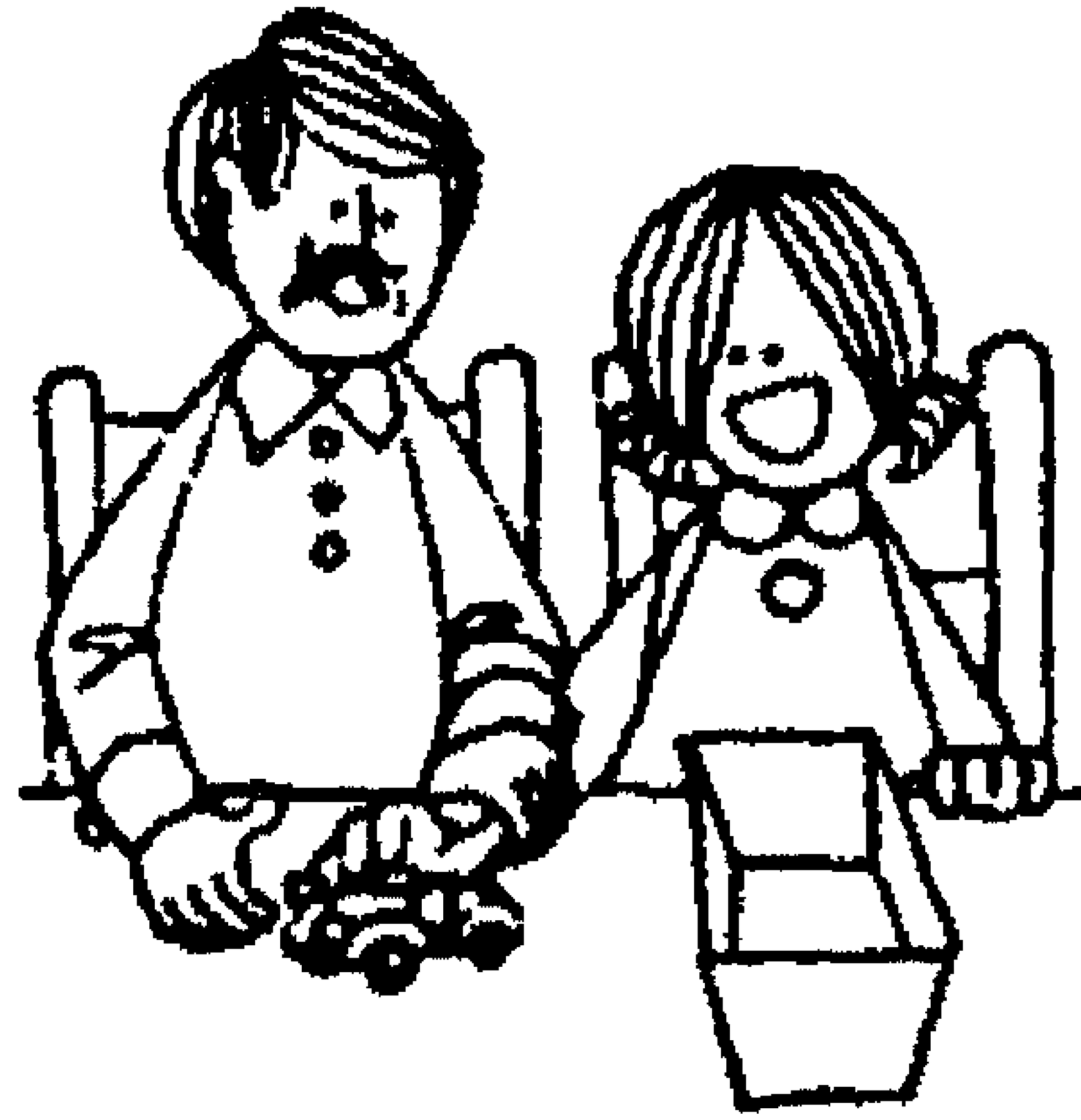
❖ **القبض على الأشكال**

المواد المطلوبة: عدة أشكال مختلفة وصندوق أحذية فارغ..

النشاط: ابدئي بالأشكال الخفيفة الوزن نوعا ما صغيرة وسهلة الحمل.



مثال: (فلين ناعم أو كرة من الثياب أو ليفة الحمام) ضعي الجسم في يد طفلك وقوديه إلى حيث الصندوق، اسحبي يديك ويديه ودعي الجسم يقع داخل الصندوق.



عندما يبدأ في مسك وفك هذه الأجسام الخفيفة دون مساعدة عضلية منك، ادخلي في التجربة أشكال ذات أحجام وأشكال مختلفة (مكعبات أطفال، مقابض ملابس). بمجرد أن يستطيع طفلك المسك والفك للأشياء (ووضعها داخل الصندوق عندما تضعيها في يده) ضعي أشكال على المنضدة لكي يلتقطها.. مرة أخرى ابدئي بأشكال سهلة وبسيطة لكي يلتقطها.. ساعديه عضليا برفع الأشكال من على المنضدة ثم بعد ذلك دعيه يضع الشكل داخل الصندوق كما تعلم. عندما ينتهي طفلك أخذ الأشياء وفكها أو إطلاقها علميه كيف يخرج هذه الأشكال من داخل الصندوق للخارج.

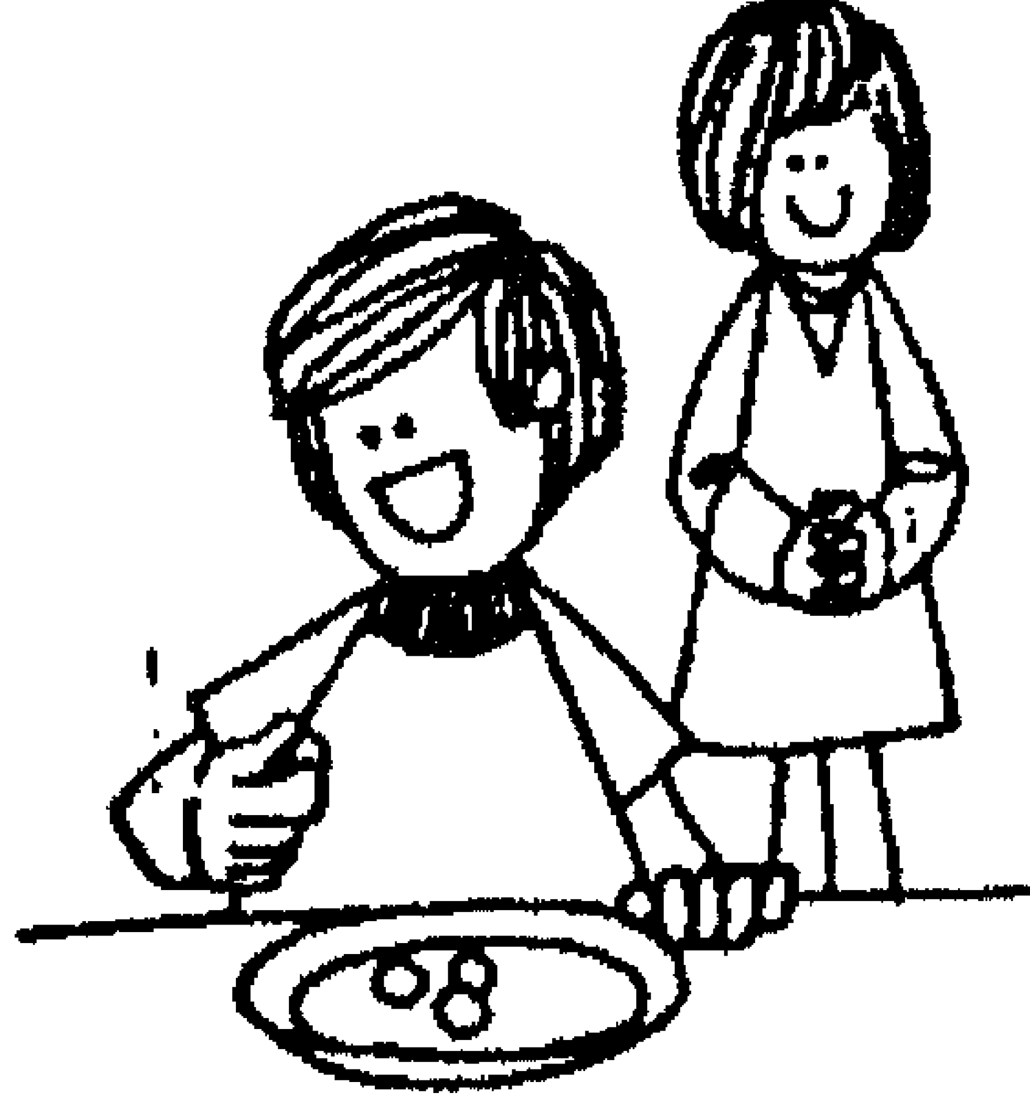
❖ **حركة القبض أو الضغط**



المواد: زبدة الفول السوداني، عسل جلي، رز، وقطع من الكيك.

النشاط: ضعي زبدة الفول السوداني، الجلي، العسل على إصبع طفلك الإبهام وإصبعه السبابة واجعليهما يضغط على بعضهم البعض عدة مرات واجعلي طفلك يلعقهما، افعلي ذلك عدة مرات يجعل طفلك يستعمل إبهامه وسبابته، مع بعض قبل الوجبات وعندما تعرفي أن طفلك جوعان ضعي بين إبهامه وسبابته قطع صغيرة من الطعام واجعليه يأكل هذه القطع قبل وجبته الحقيقية، وساعديه في حمل قطع

الطعام إذا احتاج، عندما يقرب إصبعيه من فمه وابدئي بلقمتين أو قطعتين فقط وتدريجيا زيدي عدد القطع أو اللقم التي يلعقها قبل وجبته.



عندما يستطيع طفلك حمل قطع الطعام ويجعلهم بالقرب من فمه بعد أن تكوني ناولتيه كل واحدة منهم عندها ضعي لقمة أو قطعة طعام على كرسي عال في طبق أو على منضدة واجعليه يتناول اللقم أو القطع، ساعديه إذا احتاج.. هذه هي الحركة التي تستعمل في النقاط الأشكال مثل الزرائر أو المفاتيح أو القطع النقدي.

المراجع العربية

- المجلس الإعلى لشؤون الاشخاص المعوقين، دليل المؤسسات التي تعنى بالاشخاص ذوي الإعاقات في المملكة الأردنية الهاشمية- 2010.
- إبراهيم الفوزان – ندوة المعوقين بين الواقع والمستقبل – الرياض – 1407هـ.
- أحمد يونس ومصري حنورة – رعاية الطفل المعوق – 1991.
- أفسر الحيدري – دليل الوقاية من الإعاقة – 1985.
- باربرا بروك ترجمة أفسر الحيدري – تعليم المتخلفين عقليا – 1987.
- جيستن. بي.ج وآخرون ترجمة كمال سيسالم – التدريس الابتكاري للمتخلفين عقليا – 1988.
- خوله يحي، وماجدة السيد عبيد، الإعاقة العقلية، 2005، دار وائل.
- خولة يحيى، البرامج التربوية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة، 2006.
- خليل الفاعوري – التخلف العقلي والرعاية الاجتماعية للمعوقين – 1981.
- ديفيد ورنر – ترجمة عفيف الرزاز – رعاية الأطفال المعاقين – 1992.
- رضوان الإمام – الأبحاث والتوصيات – الحلقة الدراسية المنعقدة بدمشق – 1982.
- رمضان القذافي – سيكولوجية الإعاقة – 1993.
- زيدان السرطاوي وكمال سيسالم – المعاقون أكاديميا وسلوكيا – 1987.
- سليمان الريحاني – التخلف العقلي – 1981.

- سهير أحمد – سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة – 1993.
- صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي – كتيب كيف تتعامل مع الطفل المعاق عقليا – 1994.
- صندوق الملكة علياء – الإعاقة العقلية الأسباب والوقاية – 1986.
- عبد الرحمن العيسوي – مجلة التربية – 1997.
- عبد الرحمن سليمان – سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة – ج1 – 1998.
- عبد الرحمن عيسوي – التخلف العقلي – 1996.
- عبد الرحمن السرطاوي وعبد العزيز حسين أيوب – الإعاقة العقلية – 2000.
- عبد الله الكيلاني – صندوق الملكة علياء – دراسات في تقويم المعوقين في الأردن – 1983.
- عبد المجيد عبد الرحيم ولطفي بركات – تربية الطفل المعوق – 1979.
- عثمان فراج – التخلف العقلي – أعراض داون – الحياة الطبيعية حق للمعوق – العدد 14–1988.
- عثمان فراج – العوامل البيئية المسببة للتخلف العقلي – مجلة الحياة والطبيعة حق للمعوق – العدد 17–1989.
- عدنان السبيعي – سيكولوجية المرضى والمعاقين – 1982.
- عطية محمود حنا – مجلة التربية الحديثة.
- عطيه محمود هنا – الخصائص الجسمية والعقلية للمتخلفين عقليا – الحياة الطبيعية حق للمعوق – العدد 13–1988.
- علا عبد الباقي إبراهيم – التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها والوقاية منها – 1993.

- علا عبد الباقي إبراهيم – سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات إعاقات الطفولة – 1993.
- عمر الخليفة – مجلة الطفولة العربية – العدد الثاني – 2000.
- عمر خليل – منحى تقيم المتخلفين عقليا – مجلة مركز معوقات الطفولة يناير – 1992.
- فؤاد محمود – الإرشاد والعلاج النفسي المستخدمة مع المعاقين عقليا – مجلة المنال – العدد 82 – ديسمبر – 1994.
- فاروق الروسان – أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة – 1996.
- فاروق الروسان – تعديل وبناء السلوك الإنساني – 2000م.
- فاروق الروسان – سيكولوجية الأطفال غير العاديين – 1989.
- فاروق الروسان – مقدمة في الإعاقة العقلية – 1999م.
- فاروق الروسان – منهاج المهارات الاستقلالية للمعوقين عقليا – 1983.
- فاروق الروسان وآخرون – منهاج المهارات الحركية والرياضية للأطفال غير العاديين – 1991.
- فاروق الروسان وجلال جرار – دلالات الصدق والثبات لصورة أردنية معدله من قياس جامعة متشجان للمهارات اللغوية للمعوقين عقليا – مجلة دراسات – حزيران – 1986.
- فاروق صادق – سيكولوجية التخلف العقلي – 1986.
- فايز شالاتي – الأبحاث والتوصيات الحلقة الدراسية المنعقدة بدمشق – 1982.
- فتحي عبد الرحيم – سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين – ج2 – 1983.

- فتحي عبد الرحيم وحليم بشاي – سيكولوجية الأطفال غير العاديين – ج1 – 1982.
- كمال إبراهيم موسى – الطفل غير العادي من الناحية الذهنية.
- كمال إبراهيم مرسي – التخلف العقلي وأثر الرعاية والتدريب – 1970.
- كمال سيسالم وفاروق صادق – الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين – 1988.
- كمال مرسي – التخلف العقلي – 1987.
- لطفي بركات – تربية المعوقين في الوطن العربي – 1981.
- لندا هارجروف وجيمس بوتيت – ترجمة عبد العزيز السرطاوي وزيدان السرطاوي – 1988.
- ماجدة السيد عبيد – تعليم الأطفال المتخلفين عقليا – 2000.
- ماجدة السيد عبيد – تعليم الأطفال غير العاديين – 2000.
- محمد حسين – سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم – 1986.
- محمد عبد الرحمن يوسف – الإرشاد الجيني – مجلة المنال – العدد 82 – ديسمبر 1994.
- محمد فرغلي فراج – قراءات في التربية الخاصة وتأهيل المعوقين – 1982.
- محمود حسن – الأطفال المعوقون – 1989.
- منال بوحميد – المعوقون – 1983.
- منى حلمي – مجلة مركز معوقات الطفولة – 1992.
- نادر الزيود – تعليم الأطفال المتخلفين عقليا – ط3 – 1995.
- نجوى قصاب وخالد مارديني – الأبحاث والتوصيات – الحلقة الدراسية – دمشق – 1982.

- هشام برهاني – الأبحاث والتوصيات الحلقة الدراسية المنعقدة بدمشق – 1982.

- يوسف الشيخ وعبد السلام عبد الغفار – سيكولوجية الطفل غير العادي – 1966.

المراجع الأجنبية

- Daneil Hallhan and Kauffman. Exceptional Children introduction to special Education, 1987.
- Robert Edgerton – mental Retardation, 1979.
- Albert, and Angle Thomas, International Perspectives on future special Education, 1978.
- Gillfford, Micheal, Mental Retardation Social and Educational Perrspective, 1977.
- Robert, Haslan and peter, Mcdical Problems in the class room, 1976.
- Donald Macmillon, Mengal Retasdation, in school and society life, 1977.
- A. Porcella, Increasing parent involvement, education and Training of the Mentally Retarded, 1980.
- R. Walte field, Enriching education in the community through PTA, 1984.
- Grossman, classification in mental retardation, 1983.
- Mcafee, School-home Communications, A resource boott for improving school-home relations, 1984.
- Katherine Geren. Complete Special Education handbook, 1974.

- University of portsmoth, Enhancing the lives of children with down's syndrome and their Families.

- Wehman paul, Mclanghlin programmed Development in special education, 1981.

- Johnson vick, and warner, A step-by-step Learning Guide for Retarded infants and children 1975.

- WIlliam and bohman, Measarment and evaluation in education and psychology, 1975.

- Introduction of Mental Retardution, Sibings: Brothers and sisters of people who have Menlal Retordation, 1993.

- Dow's syrdom, Hewsletter.

- Kirk, A, and Gallagher, Educating Excptional Children Hougton Mifflin, 1983.

- H. Lyndall Rich and Steven Ross, student's Time on Learning Tasks in special education, Exceptioned children, vol 55, 1489.

- Joanne Putnam and other. Exceptional children, vol 55, 1988.

- Douglas Marstorn, Exceptional children, vol, 55, 1988.

- James pruess and others, Exceptional children, vol, 55, No. 4, 1989.

- Jim Sears and others, Teaching Exceptional children, spring, 1989.

- Wehman Paul, and plillip, programmed Development in special education, 1981.

- Self help readiness Skills,

- Gilborn and Mitchell, introduction to Guidenece, Macmillan publishing, 1981.

الإعاقة العقلية







دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع

المملكة الأردنية الهاشمية - عمّان - شارع الملك حسين
مجمع الفحيص التجاري - هاتف : 4611169 6 962+
تلفاكس: 4612190 6 962+ ص.ب 922762 عمّان 11192 الأردن
E-mail: safa@darsafa.net www.darsafa.net